



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2739/2014

ATAS/181/2017

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 9 mars 2017**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à COLOGNY, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Anne TROILLET  
MAXWELL

recourant

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, Service juridique, sise  
rue des Cèdres 5, MARTIGNY

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Mario-Dominique TORELLO, Juliana BALDÉ,  
Doris GALEAZZI, Valérie MONTANI, Juges ; Claudiane CORTHAY et  
Michael BIOT, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1971, domicilié dans le canton de Genève, était assuré, pour l'assurance-maladie obligatoire des soins (AOS) auprès de Mutuel assurance-maladie SA (ci-après : l'assureur), avec une franchise annuelle de CHF 2'500.-.

Il était employé de B\_\_\_\_\_, filiale de C\_\_\_\_\_, dans le domaine du conseil en investissement et gestion d'actifs. Dès juin 2014, il pratique la gestion d'actifs, de portefeuilles, le conseil en investissement et la distribution de placements collectifs de capitaux étrangers, dans sa propre entreprise, D\_\_\_\_\_ Sàrl, dont il détient l'intégralité des parts sociales ; il en est l'associé gérant avec signature individuelle.

2. L'assuré est atteint d'une insuffisance rénale héréditaire qui se manifeste sous forme d'une polykystose. Un projet thérapeutique comprenant deux volets principaux, à savoir la recherche d'un donneur en vue d'une transplantation et, dans cette attente, une épuration par hémodialyse, a été mise en place, avec son médecin traitant, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en néphrologie, et médecin répondant de la clinique F\_\_\_\_\_ (ci-après : la clinique ou le centre). Ce centre de dialyse est reconnu par la société suisse de néphrologie. Le traitement par hémodialyse a débuté le 27 septembre 2013.
3. Le 30 septembre 2013, l'assuré a signé le formulaire de demande de garantie de prise en charge des coûts pour des dialyses, destiné à la SVK Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (ci-après : SVK), étant précisé qu'une dialyse, selon tarif forfaitaire, coûte CHF 565.-, quelle que soit sa durée, sous réserve de menus frais supplémentaires éventuels.
4. Le 4 octobre 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ a écrit à la SVK pour demander la prise en charge de six dialyses par semaine (ci-après : " dialyse quotidienne ") pour l'assuré. Il a exposé que ce patient, atteint de polykystose hépatorénale familiale, avait dû débiter son traitement d'hémodialyse en raison d'une urémie symptomatique. Il était en liste d'attente pour une transplantation rénale. L'assuré était encore actif professionnellement à 100%; ils avaient essayé d'adapter au mieux les horaires des trois séances de dialyse hebdomadaires de quatre heures en fonction de ses horaires de travail (de 12h00 à 21h00). Malgré cela, la situation rendait de plus en plus difficile le maintien de son activité professionnelle en raison de l'asthénie ressentie post-dialyse. Ils souhaiteraient donc instaurer un régime de dialyses quotidiennes (6 x 2 heures /semaine de 7h30 à 9h30 avant qu'il se rende à son travail) et ce jusqu'à sa transplantation.
5. La SVK a répondu le 22 novembre 2013. Son médecin-conseil avait examiné la demande qui devait être déclinée en raison d'une motivation médicale insuffisante.
6. Le 27 novembre 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ a écrit au médecin-conseil de la SVK ; pour l'essentiel, reprenant les informations données dans son premier courrier, il a donné des explications complémentaires: le régime d'hémodialyses trois fois par semaine

avait permis de réduire en partie les symptômes urémiques, mais il avait très vite provoqué une asthénie post-dialyse ne permettant plus au patient de maintenir son activité professionnelle à 100%, et ce malgré l'ajustement des horaires professionnels, raison pour laquelle ils s'étaient alors naturellement tournés vers l'option de la dialyse quotidienne dont le patient connaissait déjà les avantages sur le plan physiologique. Sans surprise, l'état général de M.A. s'était rapidement amélioré, l'asthénie post-dialyse avait disparu peu de temps après la mise en route des dialyses quotidiennes, permettant au patient de retrouver sa pleine capacité de travail. Il apparaissait, au patient comme à lui-même, inconcevable tant sur le plan médical, éthique et social, qu'on lui refuse la prise en charge du traitement qui représente à l'évidence la meilleure option thérapeutique pour lui.

7. Par courrier du 4 mars 2014, cette nouvelle demande a été soumise par la SVK au président de la Commission « Dialyse » de la Société suisse J\_\_\_\_\_ (ci-après : J\_\_\_\_\_ ; *ndr : commission composée de dix néphrologues FMH de toute la Suisse*). Une prise de position écrite de la commission était sollicitée.
8. La J\_\_\_\_\_, dans sa prise de position du 20 mars 2014, a relevé que différentes études sur la dialyse quotidienne avaient montré une amélioration de l'efficacité de la dialyse comme de la stabilité hémodynamique. Dans le cas particulier, en l'absence de données (spécifiques), une évaluation minutieuse ne pouvait être faite. On savait seulement qu'avec six dialyses par semaine, le patient était moins affaibli et moins fatigué. Il pouvait y avoir à cela plusieurs explications. La J\_\_\_\_\_ était critique et réticente à admettre une preuve suffisante du rapport entre le coût et le bénéfice de la dialyse quotidienne. Dans ce cas également, elle jugeait l'argumentation peu convaincante. Elle recommandait d'optimiser trois dialyses par semaine et d'examiner les solutions alternatives comme la dialyse du soir, la LC (auto-dialyse) ou la dialyse à domicile.
9. Le 4 avril 2014, la SVK a réitéré son refus. Se référant aux avis de la « commission paritaire » et de son médecin-conseil, elle considérait que le rapport charges/bénéfices d'une dialyse quotidienne n'était pas suffisamment démontré et recommandait, suivant ce que préconisait la J\_\_\_\_\_, d'optimiser la dialyse trois fois par semaine et d'évaluer les alternatives mentionnées. Seules trois factures par semaine seraient prises en charge.
10. Le 9 avril 2014, la SVK, en réponse à un courriel de l'assuré, lui a expliqué que les demandes de prise en charge des coûts étaient examinées en tenant compte de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité des traitements. Selon la SVK, les symptômes évoqués (nausées, fatigue) étaient courants chez les patients dialysés. Il n'y avait donc pas d'indication suffisante pour intensifier les dialyses. Elle a fait remarquer que de nombreux patients dialysés trois fois par semaine exerçaient une activité professionnelle ; plutôt que de suivre des dialyses en centre, ils avaient choisi une autre forme de traitement leur permettant de poursuivre leurs activités. L'assuré pouvait bénéficier des mêmes prestations en payant la différence non prise en charge par l'assurance obligatoire.

11. Par décision formelle du 8 mai 2014, l'assureur, se référant aux avis de son service médical, de la SVK et de la J\_\_\_\_\_, a limité sa prise en charge à trois dialyses par semaine au maximum. En conséquence, les notes d'honoraires de CHF 1'868.70, CHF 1'695.- et CHF 2'130.- de F\_\_\_\_\_ restaient à la charge de l'assuré.
12. Par courrier recommandé du 23 mai 2014, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il a fait remarquer que si la décision ne mentionnait que trois factures, d'un montant total de CHF 4'693.70, non remboursées, en réalité, le total des coûts restant à sa charge s'élevait à CHF 39'339.80.

L'assuré a allégué avoir pris contact avec l'assureur à deux reprises par téléphone : l'une des collaboratrices de l'agence de Genève lui aurait confirmé que les factures en suspens seraient payées pour les traitements effectués jusqu'au 4 avril 2014.

L'assuré a reproché à l'assureur de l'empêcher de s'investir dans son activité professionnelle, expliquant que le fait de limiter à trois par semaine le nombre de dialyses se répercutait sur son état de santé et l'empêchait de travailler, ce que son médecin avait attesté, dans un certificat médical du 11 avril 2014.

Il a fait remarquer qu'en Allemagne, pour les personnes actives, la pratique recommandait six dialyses par semaine et non trois.

Il a fait valoir que trois dialyses supplémentaires par semaine étaient nécessaires au maintien d'une vie sociale et professionnelle malgré son état de santé.

13. Le 7 juin 2014, en marge du litige opposant désormais l'assuré et son assureur-maladie, le Dr E\_\_\_\_\_ a une nouvelle fois interpellé le Dr G\_\_\_\_\_, président de la J\_\_\_\_\_. En substance, il a fait valoir l'opinion que les néphrologues devaient tout faire pour que les patients actifs professionnellement à 100% dans l'attente de la transplantation puissent conserver une intégration sociale et professionnelle. Il ne s'agissait pour autant pas de faire bénéficier tous les patients actifs d'une hémodialyse quotidienne, car la résistance à l'urémie ou les exigences requises par l'activité professionnelle variaient de l'un à l'autre, raison pour laquelle le médecin préconisait de définir des critères clairs pour déterminer quel patient devrait bénéficier d'une telle dialyse. En l'absence de tels critères, l'évaluation était faite par chaque néphrologue, en son âme et conscience, en intégrant des données socio-économiques, pour offrir le traitement le plus adapté à la situation de chacun de ses patients.
14. Par courrier du 4 juillet 2014, la J\_\_\_\_\_ lui a fait remarquer qu'elle lui avait déjà répondu le 0 mars 2014, en proposant plusieurs alternatives.
15. Par décision du 22 juillet 2014, l'assureur a confirmé celle du 8 mai 2014.

L'assureur a rappelé que l'assuré était sous dialyse depuis septembre 2013 et qu'un montant total de CHF 35'453.90, portant sur les traitements effectués entre le 27 septembre 2013 et le 22 mars 2014 avait déjà été remboursé.

---

Tant la SVK que la CPC (recte : J\_\_\_\_\_) avaient considéré qu'un traitement de six dialyses par semaine ne répondait pas aux exigences légales.

16. Par pli recommandé du 10 septembre 2014, l'assuré, représenté par un conseil, a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à ce que l'assureur soit condamné à prendre en charge l'intégralité de son traitement de six hémodialyses full-care hebdomadaires et les frais médicaux en résultant depuis le 27 septembre 2013, avec suite de dépens.

A l'appui de sa position, le recourant produit un courriel adressé le 14 mai 2014 par son médecin traitant au Prof. H\_\_\_\_\_, dans lequel il décrit les caractéristiques de son patient et évoque les raisons médicales et personnelles pour lesquelles il est convaincu que la dialyse quotidienne représente la meilleure option pour lui.

Le recourant fait valoir plusieurs griefs à l'encontre de la décision entreprise. Selon lui,

- elle consacre tout d'abord une violation du droit d'être entendu : elle ne satisfaisait pas aux exigences de motivation permettant au destinataire de vérifier que ses arguments ont effectivement été examinés ; elle se réfère aux indications du médecin-conseil dont la teneur n'a pas été communiquée à l'assuré et sans qu'il ait été procédé à examen final par le médecin-conseil en question ; l'assureur n'a pas procédé à la moindre mesure d'instruction ; la situation médicale individuelle de l'assuré n'a jamais été prise en compte ;
- elle viole l'art. 32 LAMal : d'une part, il n'existe pas, en l'espèce, de traitements alternatifs adéquats pour lui, d'autre part, le critère de l'économicité ne doit être pris en compte qu'en cas de disproportion évidente entre le traitement adopté et les éventuelles alternatives ; qui plus est, selon la jurisprudence, des soins doivent être pris en charge, même en cas de disproportion, lorsqu'ils permettent à la personne assurée de s'épanouir sur le plan personnel (travail, formation, engagement social ou politique) ou d'assumer une fonction sociale importante, qu'une solution alternative n'autoriserait pas ;
- elle viole enfin le principe du libre choix des patients en incitant ceux-ci à opter pour un traitement plutôt qu'un autre, en dépit de la décision du Conseil fédéral d'approuver la convention tarifaire entre la SVK et H+.

17. Le 14 novembre 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Elle relève en premier lieu que le médecin traitant a débuté le traitement de six dialyses hebdomadaires sans attendre la détermination de la SVK et l'a poursuivi malgré la réponse négative du 22 novembre 2013.

L'intimée se défend de toute violation du droit d'être entendu. Elle allègue que, dans la mesure où tant la SVK que la CPC (recte : la J\_\_\_\_\_) s'étaient clairement prononcé en défaveur de la prise en charge de six dialyses hebdomadaires au lieu de trois, elle n'avait pas à réévaluer les critères d'économicité, puisqu'elle n'est

autorisée à prendre en charge que les factures visées par la SVK, d'autant que son médecin-conseil s'est prononcé dans le même sens.

Quant au fond, l'intimée fait valoir que la question est en réalité de savoir si un assureur est en droit de cautionner un doublement des prestations, alors que deux instances spécialisées se sont prononcé en sa défaveur, question à laquelle elle considère qu'il faut répondre par la négative.

18. Dans sa réplique du 17 décembre 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il fait valoir que les prises de position de la CPC (recte : J\_\_\_\_\_) et de la SVK - dont il allègue qu'elles ne lui ont jamais été communiquées -, sur lesquelles l'intimée se fonde, ont été prises par un organisme tiers et ne sont pas motivées. Il ajoute que la position de la SVK n'a aucune force juridique dans la procédure opposant un assuré à son assureur-maladie.

Par ailleurs, le recourant reproche à l'intimée d'avoir adopté une attitude incohérente en remboursant intégralement de nombreuses factures concernant des hémodialyses quotidiennes tout en refusant d'autres.

19. Dans sa duplique du 12 janvier 2015, l'intimée a persisté à son tour dans ses conclusions.

Elle se défend d'avoir violé la procédure.

Par ailleurs, elle ne voit aucune contradiction dans son traitement des factures, expliquant qu'elle n'a remboursé que celles visées par la SVK.

Quant au libre choix du traitement, elle fait remarquer qu'il est subordonné au respect du principe de l'économicité, condition dont elle considère qu'elle n'est pas remplie en l'espèce.

20. Le 21 mai 2015 la chambre de céans a entendu les parties et recueilli les témoignages du Dr E\_\_\_\_\_, de M. I\_\_\_\_\_ (de la SVK), ainsi que du Dr G\_\_\_\_\_, président de la J\_\_\_\_\_. Les détails de leurs déclarations seront repris en tant que de besoin dans la discussion en droit.

Pour l'essentiel :

a) Le Dr E\_\_\_\_\_ a expliqué les circonstances et le contexte dans lequel le patient était venu le consulter : les symptômes ressentis confirmaient l'évolution de la maladie et la nécessité de mettre en route un traitement de substitution rénale (notamment dialyse et transplantation rénale).

Le témoin a expliqué que le principe des dialyses est un processus qui peut se montrer brutal lorsqu'il est appliqué à un patient pendant une durée de quatre heures, à intervalle de deux jours ou trois : sur un temps aussi court, tout ce qui est accumulé pendant plusieurs jours est éliminé d'un coup, ce qui provoque des fatigues intenses, mais aussi des variations de tension, soit des changements dans l'hémodynamique. Les symptômes ressentis par les patients, dus à l'urémie notamment, peuvent en effet être perçus différemment entre deux séances de

dialyse; il en est de même des symptômes post-dialyses. Chaque cas doit donc être soigneusement analysé pour lui-même; il ne devrait pas y avoir de notion de traitement standard.

Selon le témoin, le tarif standard de trois séances hebdomadaires est en réalité un vieux dogme remontant à une époque où l'on a pu bénéficier de la production de suffisamment de machines pour traiter tous les cas, alors que précédemment, une sélection devait être faite de qui pouvait vivre et qui devait mourir. Une analyse coût-efficacité américaine a abouti à la conclusion que US\$ 100'000.- par année est un coût acceptable. S'écarter de ce standard est aujourd'hui accepté, lorsque le médecin traitant retient une indication médicale suffisante. C'est notamment le cas pour les assureurs-maladie ne faisant pas partie de la SVK, ou qui n'ont pas adhéré au contrat national sur les traitements par dialyses (ci-après : le contrat national), comme Helsana. Cela étant, le standard de trois séances hebdomadaires répond encore tout à fait correctement dans la majeure partie des cas : dans son centre, 90% des patients dialysés le sont à raison de trois fois par semaine, indépendamment de leur affiliation à l'AOS et quel que soit leur assureur-maladie; 5 % le sont à raison de dialyses quotidiennes et les 5% restant ne le sont qu'à raison de deux séances par semaine, qui leur conviennent très bien. L'indication médicale retenue tient aussi à ce que ressent le patient et au bénéfice qu'il retire de cette modalité de traitement. Pour quelqu'un qui reste actif professionnellement à 100%, il s'agit d'éviter la réapparition des symptômes, de la fatigue, qui, à terme, conduisent à une incapacité de travail partielle, voire complète. Il a pu le vérifier avec le recourant, qui lui a indiqué que lorsqu'il ne peut bénéficier de cette dialyse quotidienne, notamment les week-ends, il ressent rapidement « ce petit goût dans la bouche », caractéristique de l'intoxication urémique.

Le témoin a fait remarquer que si les patients n'en ressentaient pas le besoin, ils ne se soumettraient pas volontairement à un traitement quotidien aussi lourd. La majorité de ceux qui se soumettent à trois dialyses par semaine sont en incapacité de travail totale ou partielle.

Enfin, le témoin a confirmé avoir prospecté avec son patient les alternatives à la dialyse quotidienne. Selon lui, aucune alternative adéquate n'a été identifiée, étant précisé que la dialyse à domicile n'est pas disponible actuellement à Genève.

b) Entendu à son tour, le Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en néphrologie, a indiqué être intervenu en qualité de président de la J\_\_\_\_\_; à ce titre, il est d'ailleurs représentant de droit des centres de dialyse, soit des néphrologues, au sein de la CPC.

Le témoin a dit se souvenir du cas de l'assuré, qualifié de « difficile ». Il a expliqué que, dans la pratique, lorsqu'une telle situation se présente pour une demande de garantie de prise en charge à la SVK, M. I\_\_\_\_\_ a l'habitude de lui soumettre le cas, pour que le dossier soit examiné par la J\_\_\_\_\_. Dans le cas particulier, la lettre du médecin traitant ne comportait pas véritablement d'argumentation

médicale justifiant que l'on s'écarte de la prise en charge standard de trois dialyses par semaine. Le seul argument développé était que le patient se sentait mieux avec six dialyses par semaine ce qui, pour la commission, ne constitue pas une argumentation médicale suffisante pour la prise en charge d'un traitement quotidien.

Selon le témoin, les troubles décrits par le Dr E\_\_\_\_\_ chez l'assuré en cas de limitation à trois dialyses par semaine sont des notions subjectives ; aucun argument médical objectif ne justifie que l'on s'écarte du traitement standard. Le témoin a expliqué que l'analyse n'a pas pour but de déterminer de combien de dialyses le patient a besoin par semaine, mais seulement si les arguments développés justifient la prise en charge de dialyses quotidiennes.

Dans sa pratique d'une trentaine d'années à l'hôpital de Liestal, il n'a que très rarement rencontré des situations impliquant, pour des affections chroniques, des dialyses quatre fois par semaine ; à son souvenir, il n'en a jamais pratiqué six hebdomadaires. Le témoin a donné quelques exemples justifiant que l'on s'écarte momentanément du standard qui, d'après son expérience, est suffisant pour 90% des cas. Selon lui, on peut toujours faire mieux, mais il s'agit de déterminer ce qui est raisonnable et, à son sens, le rythme de trois dialyses hebdomadaires y correspond.

Le témoin a encore indiqué qu'au sein de la J\_\_\_\_\_, les membres sont tous des spécialistes du domaine ; les cas qui leur sont soumis ne diffèrent pas sensiblement les uns des autres, notamment dans le cas de ce genre de demandes, émanant pratiquement toutes venir de centres privés, et pour lesquelles les arguments sont à peu près toujours les mêmes.

c) M. I\_\_\_\_\_, directeur adjoint de la SVK et responsable du secteur dialyse, a souligné pour sa part, s'agissant du recourant, la question essentielle était l'adaptation des traitements à ses horaires professionnels.

Dans un premier temps le médecin-conseil de la SVK a refusé la dialyse quotidienne, motif pris d'une indication médicale insuffisante. La garantie de prise en charge des coûts a en revanche été accordée pour trois dialyses par semaine, conformément à la pratique de la CPC, selon sa jurisprudence de 2002, confirmée en 2012 sur la base de la décision de 2001 de la Société suisse de néphrologie.

Le Dr E\_\_\_\_\_ a ensuite précisé sa demande. Il a alors été décidé, avec le médecin-conseil, de la soumettre à la J\_\_\_\_\_, dont la composition et garantit une bonne objectivité et une bonne fiabilité, s'agissant de l'évaluation de la nécessité et de l'indication médicale. C'est sur la base de la réponse de la J\_\_\_\_\_ du 20 mars 2014 que la prise en charge a été refusée pour la deuxième fois, le 4 avril 2014.

Si le Dr E\_\_\_\_\_ avait interpellé une nouvelle fois la SVK, avec une argumentation médicale justifiant une prise en charge quotidienne, la SVK aurait réexaminé le dossier et, cas échéant, modifié sa position.

Le témoin a enfin indiqué que, selon son expérience, une bonne partie des patients dialysés n'exercent souvent qu'une activité professionnelle à temps partiel.

d) Entendu à son tour, le recourant a indiqué être manager dans l'investissement, dans le domaine des matières premières (pétrole). L'ouverture de sa propre entreprise tient tant à l'évolution de sa carrière et de son succès qu'à la problématique de son état de santé. Cette solution lui apporte en effet de la flexibilité, en termes d'horaires notamment, et de la souplesse, par exemple lorsqu'il se sent fatigué ou malade. Sa demande de prise en charge par l'AOS de six dialyses hebdomadaires correspond aux traitements qui lui sont nécessaires. Pleinement actif professionnellement, il a besoin de plus de dialyses qu'une personne plus âgée et moins active, par exemple. Dans la mesure où il travaille à 100%, de 9h00 - heure d'ouverture des marchés en Angleterre -, à 21h30 - heure de clôture des marchés américains -, la solution consistant à subir deux heures de dialyse quotidienne lui permet d'exercer sa profession. S'il devait subir des dialyses de quatre heures tous les deux jours, cela serait beaucoup plus fatigant et il ne pourrait guère que rentrer dormir, ce qui impliquerait pour lui trois demi-journées de dialyses et trois autres demi-journées de repos par semaine. Il a essayé les trois dialyses par semaine, mais cela ne lui convenait pas. Il souhaiterait idéalement pouvoir faire ces dialyses à la maison, mais les machines ne sont actuellement pas disponibles en Suisse.

Le recourant a allégué avoir obtenu confirmation de l'intimée qu'elle prendrait en charge les dialyses quotidiennes jusqu'au 4 avril 2014, confirmation dont il a admis qu'elle n'avait été que téléphonique : par la suite, son médecin en a demandé une confirmation écrite, qui lui a été refusée.

Le recourant a précisé que, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, il est assuré, pour l'AOS, auprès de Helsana, qui prend en charge la totalité six dialyses par semaine.

e) Mme K\_\_\_\_\_, pour l'intimée, a précisé qu'il n'y avait aucune trace au dossier d'un accord consenti au recourant pour la prise en charge de dialyses quotidiennes jusqu'au 4 avril 2014. Au demeurant, l'assureur-maladie ne peut prendre en charge une facture avant qu'elle ait été dûment approuvée par la SVK, procédure qu'a respectée l'intimée.

21. Par courrier du 29 juin 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a une nouvelle fois interpellé la SVK : il lui a transmis des informations complémentaires sur la situation médicale du patient, en lui demandant de réexaminer la question de la prise en charge de dialyses quotidiennes en faisant valoir que « le fait que les dialyses trois fois par semaine [n'ont] pas permis d'éliminer totalement ces symptômes urémiques, indiquent que ce patient fait partie de cette minorité de cas qui présentent une sensibilité plus marquée à l'urémie. C'est aussi pour cette raison qu'actuellement les séances de dialyse doivent être régulièrement prolongées au-delà de deux heures, malgré leur rythme quotidien, notamment le lundi (après la pause du dimanche). Cette sensibilité s'explique en partie par sa corpulence – 110 kg pour 178 cm

---

(BMI= 35) - qui nécessite une importante épuration. On ne parvenait d'ailleurs toujours pas à contrôler convenablement la phosphatémie et ceci malgré l'emploi de chélateurs et les séances quotidiennes d'hémodialyse, ce qui nécessite donc également l'allongement du temps de dialyses... Dans ce contexte la dialyse quotidienne a démontré être supérieure au standard. Enfin, la fatigue ressentie après les séances de quatre heures réalisées trois fois par semaine (empêchant le patient de travailler) est une raison supplémentaire pour retenir l'indication médicale quotidienne,...

22. Par courrier du 14 juillet 2015 à la SVK, l'intimée l'a priée à son tour de réexaminer le dossier et de lui indiquer de manière motivée si cette argumentation médicale modifiait sa prise de position des 22 novembre 2013 et 4 avril 2014.
23. La SVK a répondu à cette demande de « réexamen rétroactif » par courrier du 18 août 2015.

Elle a considéré que les données fournies par le médecin traitant dans son courrier du 29 juin 2015 ne constituaient pas une indication médicale suffisante - en particulier la baisse de la tension artérielle - pour justifier une dialyse quotidienne. Elle a souligné que les arguments avancés à l'appui d'une extension de la thérapie n'étaient pas médicaux ; ils visaient le maintien d'une activité lucrative, ce dont l'AOS n'avait pas à tenir compte. Une extension de la thérapie ne remplirait pas la condition d'économicité puisqu'elle conduirait à un doublement des coûts. De plus, le but visé pourrait également être atteint par une dialyse à domicile.

La SVK suggérait au Dr E\_\_\_\_\_ de présenter une nouvelle demande démontrant clairement sa pertinence, le rapport entre la baisse de la tension artérielle (RR) et la fréquence des dialyses et l'absence de relation avec la prise d'antihypertenseurs.

24. L'intimée s'est déterminée après enquêtes le 28 août 2015 en persistant dans ses conclusions précédentes. En bref, les enquêtes confortent le bien-fondé de son argumentation, d'autant que la SVK n'a pas modifié sa position suite à la nouvelle demande du Dr E\_\_\_\_\_ du 29 juin 2015 : il n'y a pas d'indication médicale suffisante pour la prise en charge de dialyses quotidiennes.
25. Le recourant a également persisté dans les conclusions de son recours, en limitant toutefois la période de prise en charge par l'intimée au 31 décembre 2014, dès lors qu'au-delà, il a été couvert par un autre assureur-maladie.

En substance, le recourant se réfère aux explications de son médecin. Il souligne que le traitement par hémodialyses quotidiennes reste lourd, désagréable et contraignant, mais qu'il lui permet de conserver une pleine capacité de travail, et sur le plan de sa santé, de réduire considérablement les effets de sa très sévère affection rénale et d'éviter la réapparition des symptômes usuellement décrits par les patients atteints d'insuffisance rénale.

Il souligne que les Dr G\_\_\_\_\_ et la J\_\_\_\_\_ ont pris position sans l'avoir examiné, sur la seule base d'une lettre de son médecin traitant.

Il considère que l'instruction de la cause a largement démontré que, dans son cas, le traitement par dialyse quotidienne est plus efficace et plus adapté que les alternatives, puisqu'il permet de traiter de nombreux symptômes, au contraire de la solution standard. Ce traitement « quotidien » lui permet de préserver sa capacité de travail et sa vie familiale et épargne de manière importante son cœur, en évitant le développement de l'hypertrophie ventriculaire gauche que l'on retrouve classiquement chez des patients dialysés et qui contribue à leur surmortalité cardiovasculaire.

Quant au critère de l'économicité, le recourant argue que si la loi exige du fournisseur de prestations qu'il limite ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement, la jurisprudence admet la prise en charge d'un traitement plus coûteux si celui-ci constitue, d'un point de vue médical, une meilleure solution. Le recourant relève que dans son cas particulier, en termes de coûts, le rapport entre le traitement le plus approprié et efficace (six dialyses hebdomadaires) et l'alternative (trois dialyses hebdomadaires), inappropriée et nettement moins efficace, est de un contre deux, ce qui n'est pas grossièrement disproportionné au sens de la jurisprudence. Tant son médecin traitant que le Dr G\_\_\_\_\_ ont confirmé que le traitement « standard » convient à 90% des patients.

Enfin, le recourant relève que le traitement à domicile préconisé par la SVK dans son dernier refus du 18 août 2015 n'est pas disponible à Genève.

Les arguments développés pour le surplus par le recourant seront repris dans la mesure utile dans les considérants.

26. Les parties se sont encore exprimées au sujet des dernières écritures de leur partie adverse :

Le recourant, par écriture du 8 octobre 2015, a persisté dans ses conclusions. Selon lui l'intimée, en considérant que l'indication médicale retenue pour une dialyse quotidienne n'est pas une indication médicale " vitale " pour lui et qu'elle relève donc de la convenance personnelle, assimile la notion d'exigence médicale à celle d'indication médicale vitale.

L'intimée, par courrier du 9 octobre 2015, relève quant à elle que si le traitement standard convient pour 90% des cas, selon les deux médecins interrogés, pour les 10% restants, leurs avis divergent : le Dr E\_\_\_\_\_ indique que, dans son centre, 5% concernent des dialyses quotidiennes, 5% des dialyses effectuées deux fois par semaine ; le Dr G\_\_\_\_\_ dit quant à lui avoir rarement rencontré des situations impliquant quatre dialyses par semaine et seulement pour un temps limité. Elle rappelle que tant la J\_\_\_\_\_ que le médecin-conseil de la SVK sont réticents à la prise en charge de dialyses quotidiennes, dont le rapport coût/bénéfice n'est pas démontré. Selon elle, au vu des diverses prises de position du médecin-conseil de la SVK, des dix néphrologues de la J\_\_\_\_\_ ainsi que du fait que le médecin traitant a

admis qu'il n'y a pas de nécessité vitale à une dialyse quotidienne, une expertise ne se justifie pas.

27. Par courrier du 5 février 2016, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait mettre en œuvre une expertise, qu'elle souhaitait confier au professeur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et néphrologie et chef du service de néphrologie du CHUV de Lausanne, et dont le projet de mission – soumis aux parties - se résumait ainsi :

L'état de santé de l'expertisé nécessite-t-il pour des raisons médicales un traitement d'hémodialyse à raison de six fois par semaine dans un centre de dialyse, plutôt que trois dialyses de quatre heures chacune par semaine? Existe-t-il des alternatives au traitement d'hémodialyse six fois par semaine, permettant d'atteindre le but thérapeutique visé et au patient de maintenir sa pleine capacité de travail? Dans la négative, quels symptômes objectifs l'expertisé présente-t-il après une dialyse de quatre heures, trois fois par semaine et, compte tenu de ces symptômes, pourrait-il néanmoins conserver une capacité de travail entière ; sinon, quel en serait l'impact sur sa capacité de travail, respectivement sur son rendement ?

28. Les parties ayant informé la chambre de céans qu'elles n'avaient de remarques ni quant au choix de l'expert, ni quant aux questions à lui poser, la chambre de céans a ordonné ladite expertise (ATAS/68/2016 du 4 mars 2016).

29. L'expert a rendu son rapport le 27 septembre 2016.

Son rapport se fonde sur la lecture du dossier, un entretien du 18 août 2016 avec l'expertisé et son épouse, ainsi que des entretiens avec le Dr E\_\_\_\_\_, le Prof. H\_\_\_\_\_, professeur de néphrologie aux HUG et actuel président de la Société suisse de néphrologie, ainsi qu'avec un membre de la J\_\_\_\_\_.

L'expert a procédé à l'anamnèse personnelle et médicale de l'assuré, pris en compte ses plaintes et les constatations de son épouse. Il a notamment relevé que le patient avait été transplanté en mai 2016.

L'expert a répondu à toutes les questions posées : selon lui, si l'on prend en compte la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) - qui considère la santé comme un état de bien-être complet, physique, mental et social et pas uniquement l'absence de maladie ou d'infirmité -, l'état de santé du patient tel que présenté par lui-même, sa femme et son néphrologue traitant, lorsqu'il était dialysé 3 x 4 heures par semaine n'était de loin pas optimal et pouvait justifier un passage à un traitement de dialyses quotidiennes.

L'expert a décrit les alternatives existantes à la dialyse quotidienne qui auraient permis d'atteindre le but thérapeutique visé, en les confrontant à la situation personnelle et médicale du patient : la *dialyse péritonéale*, la *dialyse nocturne, en centre*, à raison de huit heures par nuit et trois fois par semaine, la *dialyse nocturne prolongée*, la *dialyse quotidienne à domicile ou en centre*, la *dialyse vespérale* et, finalement, la possibilité de *prolonger les séances de dialyse conventionnelle*

3 × 5 heures par semaine. Parmi les alternatives présentées, l'expert n'a retenu que la dialyse nocturne et l'hémodialyse quotidienne en centre ou à domicile pour répondre aux besoins du patient. Il a relevé qu'à part la dialyse quotidienne en centre, aucune des possibilités n'était à disposition à Genève entre 2013 et 2016.

L'expert a énuméré les symptômes et signes cliniques observables en cas de dialyses trois fois par semaine, précisant que ces symptômes sont clairement objectivables, qu'ils ne sont pas toujours très spécifiques d'une dialyse insuffisante car ils peuvent être causés par d'autres pathologies intercurrentes, mais que la somme de ces symptômes est classique d'un syndrome urémique insuffisamment traité. Dans le cas du patient, ces symptômes ont été bien décrits par lui-même, par son épouse et par le néphrologue traitant. Un aspect important est leur disparition avec le passage à la dialyse quotidienne. S'il est vrai que plusieurs des symptômes de l'urémie ont un caractère subjectif, surtout dans leur quantification, ils n'en sont pas moins véritables. Dans le cas d'espèce, il n'y a aucun doute sur la plausibilité médicale des symptômes présentés par le patient. S'agissant de savoir si, compte tenu de ces symptômes, l'expertisé pourrait néanmoins conserver une capacité de travail entière, sinon, quel serait l'impact de ces symptômes sur sa capacité de travail, respectivement sur son rendement, l'expert observe qu'une minorité de patients dialysés trois fois par semaine conservent une activité professionnelle à 100 %. Cela n'est possible que pour les patients ayant une profession indépendante leur donnant la possibilité d'être absents plusieurs matinées par semaine, sans conséquence sur le rendement de leurs activités. La majorité des patients réduisent voire arrêtent leurs activités professionnelles et sont au bénéfice de l'assurance-invalidité, s'ils ne sont pas à l'AVS. La persistance de symptômes tels que l'asthénie limite indéniablement le rendement des patients dialysés, souvent plus lents et moins réactifs. Les troubles neuropsychologiques associés à l'insuffisance rénale chronique terminale ont aussi un impact négatif sur leur rendement.

L'expert a enfin formulé d'autres observations : il a souligné que s'il n'existe pas d'études prospectives randomisées et contrôlées (le plus haut standard d'évidence scientifique en médecine) démontrant les bénéfices de la dialyse quotidienne par rapport à une dialyse conventionnelle de trois fois par semaine, en médecine, beaucoup de traitements appliqués régulièrement ne sont pas nécessairement soutenus par des évidences scientifiques très solides, ce qui n'exclut pas leur validité. Certaines approches thérapeutiques ne sont jamais validées scientifiquement essentiellement parce que personne ne veut investir dans une étude clinique très onéreuse avec peu de retour pour les investigateurs, ce qui est actuellement le cas de l'hémodialyse quotidienne. Néanmoins, de nombreuses études cliniques de type observationnel ont aujourd'hui démontré les avantages de l'hémodialyse quotidienne. L'expert a relevé qu'à lire les prises de position de la SVK et de la J\_\_\_\_\_, on pourrait penser que la dialyse quotidienne est une alternative de dialyse très rare ne s'appliquant qu'à des cas extrêmes, avec un risque

vital à court terme ; or, ce n'est pas nécessairement le cas dans les pays qui nous entourent.

L'expert a étayé ses considérations par de nombreuses références statistiques et a joint à son rapport la copie de plusieurs publications. Donnant son avis personnel sur le cas, il a admis qu'il est effectivement particulier ; le problème ne peut selon lui raisonnablement être résolu qu'avec une dialyse quotidienne.

30. Par écriture du 15 novembre 2016, l'intimée a conclu à ce que le rapport de l'expert soit écarté. Selon elle, l'évaluation de l'économicité par l'expert ne correspond pas aux critères jurisprudentiels. Elle rappelle que les assureurs-maladie sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui peuvent être remplacées par d'autres, moins onéreuses, ce dont l'expert admet que cela aurait pu être le cas s'agissant du recourant.
31. Le recourant s'est déterminé le 10 novembre 2016. Il conclut à la prise en charge de l'intégralité de son traitement par six hémodialyses full-care hebdomadaires du 27 septembre 2013 au 31 décembre 2014, avec intérêts à 5% dès le 10 septembre 2015, subsidiairement à la condamnation de l'intimée au paiement de CHF 74'580.- - sous déduction d'une éventuelle participation aux coûts du recourant -, avec intérêts à 5 % dès le 10 septembre 2015, le tout avec suite de dépens.

Le recourant précise que les factures que l'intimée a refusé de prendre en charge s'élèvent à un montant total de CHF 74'580.-, auquel s'ajoutent encore des honoraires d'avocat estimés à environ CHF 32'000.- et des intérêts moratoires.

Selon le recourant, il résulte de l'expertise - dont il considère qu'elle peut se voir accorder pleine valeur probante - que toutes les conditions sont requises pour que le traitement d'hémodialyse à hauteur de 6 x 2 heures par semaine soit reconnu comme économique au sens de la loi.

32. Le 16 novembre 2016, la chambre de céans a communiqué à chacune des parties copie de l'écriture de l'autre en précisant que la cause serait gardée à juger le 30 novembre 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).
2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA s'applique à l'assurance-maladie sauf dans les domaines mentionnés à l'art. 1 LAMal, dont notamment celui des tarifs, prix et budget global (art. 43 à 55 LAMal).
4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56ss LPGA).
5. Le litige porte sur la prétention du recourant à la prise en charge au titre de l'assurance-maladie obligatoire des soins (AOS) des six dialyses hebdomadaires auxquelles il s'est soumis dès le 27 septembre 2013, étant précisé que le recourant a changé d'assureur-maladie en cours de procédure : depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, il est assuré par HELSANA, de sorte que l'objet du litige a été circonscrit dans le temps, conformément aux dernières conclusions du recourant, à la période s'étendant du 27 septembre 2013 au 31 décembre 2014.
6. En premier lieu, le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu.
  - a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101]) le devoir pour l'autorité, et sur recours pour le juge, de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt du Tribunal fédéral 2C\_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié in RDAF 2009 II p. 434). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 133 III 235 consid. 5.2 ; 126 I 97 consid. 2b ; 125 III 440 consid. 2a).
  - b) L'opposition de l'assuré portait d'une part sur le nombre, respectivement sur les montants des factures litigieuses depuis le début du traitement par dialyse, d'autre part sur la contestation de la prise en charge de trois dialyses hebdomadaires au lieu des six auxquelles il estimait avoir droit. La décision entreprise énumère d'abord les faits de manière chronologique en énumérant le détail des factures payées (montants et périodes de prestations concernées) depuis le début du traitement et les correspondances de la SVK au médecin traitant (du 4 avril 2014) respectivement à l'assuré (du 9 avril 2014), dont il ressort que la garantie de prise en charge n'a été

octroyée que pour trois dialyses hebdomadaires et que la « commission paritaire dialyse » a confirmé la prise en charge de trois dialyses par semaine. Dans une seconde partie, en droit, la décision litigieuse rappelle les raisons pour lesquelles seules trois dialyses hebdomadaires ont été prises en charge.

Même si la prise de position de la SVK n'a été communiquée qu'au prescripteur des prestations concernées, conformément au contrat national, le recourant a régulièrement été tenu au courant par son médecin des refus successifs de la SVK, et notamment de sa position du 4 avril 2014, à réception de laquelle il s'est lui-même adressé à la SVK, laquelle lui a répondu de façon circonstanciée et motivée, par courrier du 9 avril 2014, sur les raisons du refus de prise en charge. Suite à cela, l'assuré a cosigné le courrier adressé le 11 avril 2014 par son médecin traitant au directeur adjoint de la SVK. Dans ces conditions, on peut considérer que la décision formelle de l'assureur du 8 mai 2014, confirmée sur opposition le 22 juillet 2014, qui renvoie expressément à ces courriers, était suffisamment motivée pour que l'assuré comprenne les raisons du refus de l'intimée de prendre en charge la totalité des factures. Et en tout état de cause, le recourant a eu tout loisir de développer ses arguments dans le cadre de son recours, de sorte qu'une éventuelle violation de son droit d'être entendu aura été réparée devant la Cour de céans.

Mal fondé, ce grief doit être rejeté.

7. a) Selon l'art. 24 LAMal, l'AOS prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34.
  - b) Aux termes de l'art. 25 LAMal, l'AOS prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment 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, ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2 let. a).
  - c) L'art. 32 LAMal prescrit que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 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 let. a).
  - d) Pour garantir le respect de ces principes fondamentaux, l'art. 33 LAMal définit un système de désignation des prestations. Il délègue au Conseil fédéral le soin d'inventorier 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), de désigner en détail les autres prestations prévues à l'art. 25 al. 2, ainsi que celles prévues aux art. 26, 29 al. 2 let. a et c et 31 al. 1 (art. 33 al. 2 LAMal), de déterminer 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) et de nommer des commissions qui le conseillent afin de désigner les prestations, de veiller à la coordination des travaux des commissions précitées (al. 4). Enfin, le Conseil fédéral peut déléguer au département ou à l'office les compétences énumérées aux al. 1 à 3 (al. 5).

e) Fort de cette délégation, le Conseil fédéral a édicté les dispositions d'application, notamment les art. 33ss de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102) et délégué ses compétences au département fédéral de l'intérieur (DFI ; art. 33 OAMal), lequel a édicté l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS ; RS 832.112.31), dont notamment les dispositions particulières figurant dans l'annexe 1 de l'OPAS sur la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de certaines prestations fournies par les médecins.

Conformément à l'art. 1 OPAS, l'annexe 1 de cette ordonnance 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 - dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique ont été examinés par la Commission fédérale des prestations générales et des principes de l'assurance-maladie (CFPP) et dont l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge. Le ch. 2 "Médecine interne", traite spécifiquement les actes concernant les dialyses. L'OPAS mentionne expressément comme obligatoirement à charge de l'assurance l'hémodialyse (« rein artificiel »), l'hémodialyse à domicile et la dialyse péritonéale, sans condition ni limitations. Au demeurant cette annexe ne contient pas une énumération exhaustive des prestations (remarques préliminaires à l'annexe 1 de l'OPAS ; ATF 142 V 249 consid. 4.2 p. 251). En effet, le Tribunal fédéral a encore rappelé récemment que d'innombrables prestations médicales – notamment des indications médicales - ne figurent pas dans l'annexe 1 de l'OPAS parce que la CFPP ne les a pas (ou pas encore) évaluées, faute de temps ou de moyens, respectivement de demande du fournisseur. En présence d'une prestation prescrite par un médecin pour une indication qui n'a pas été soumise à l'avis de la commission ou qui n'a pas été écartée implicitement par celle-ci, la présomption légale que le traitement répond aux exigences de la loi quant à son efficacité, son caractère approprié et économique s'applique pleinement (ATF 129 V 167 consid. 4 p. 173 ; 9C\_328/2016 consid. 6.1).

f) L'art. 43 LAMal définit les principes de rétribution des fournisseurs de prestations. Selon cette disposition, leurs factures doivent être établies sur la base de tarifs ou de prix, dont l'art. 43 al. 4 indique qu'ils sont fixés par convention entre assureurs et fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Selon l'art. 43 al. 6, les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible.

g) L'art. 46 LAMal définit notamment la nature de la convention tarifaire, les parties à la convention (un ou plusieurs fournisseurs de prestations, ou fédérations de fournisseurs de prestations, d'une part, et un ou plusieurs assureurs ou fédérations des assureurs), son champ d'application et l'obligation d'approbation par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral.

h) L'art. 49 LAMal traite des conventions tarifaires avec les hôpitaux. Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (art. 39 al. 1), les parties à une convention conviennent de forfaits. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas, liés aux prestations et basés sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires à une convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément. Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse (al. 1). Les parties à une convention conviennent de la rémunération du traitement ambulatoire (al. 6).

i) Selon l'art. 56 LAMal le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (al. 1). La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée (al. 2 1<sup>ère</sup> phrase).

A teneur de l'art. 76 OAMal les assureurs peuvent traiter en commun des données relatives au genre et à l'étendue des prestations fournies par les différents fournisseurs de prestations ainsi qu'aux rémunérations facturées pour ces prestations, cela exclusivement dans le but d'analyser les coûts et leur évolution, de contrôler et de garantir le caractère économique des prestations au sens de l'art. 56 de la loi, d'élaborer des conventions tarifaires.

j) Selon l'art. 58 LAMal, qui pose le principe de la garantie de la qualité, le Conseil fédéral, après avoir consulté les organisations intéressées, peut prévoir des contrôles scientifiques et systématiques pour garantir la qualité ou l'adéquation des prestations que l'assurance obligatoire des soins prend en charge (al.1). Il peut en confier l'exécution aux associations professionnelles ou à d'autres institutions (al. 2). Il détermine les mesures servant à garantir ou à rétablir la qualité ou l'adéquation des prestations. Il peut en particulier prévoir que : a. l'accord du médecin-conseil est nécessaire avant l'exécution de certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques, notamment celles qui sont particulièrement coûteuses ; b. des mesures diagnostiques ou thérapeutiques particulièrement coûteuses ou difficiles ne seront prises en charge par l'assurance obligatoire des soins que lorsqu'elles sont pratiquées par des fournisseurs de prestations qualifiés en la matière. Il peut désigner ces fournisseurs de prestations (al. 3).

---

En application de cette disposition le Conseil fédéral a édicté l'art. 77 OAMal : les fournisseurs de prestations ou leurs organisations élaborent des conceptions et des programmes en matière d'exigences de la qualité des prestations et de promotion de la qualité. Les modalités d'exécution (contrôle de l'observation, conséquences de l'inobservation, financement) sont réglées dans les conventions tarifaires ou dans des conventions particulières relatives à la garantie de la qualité conclues avec les assureurs ou leurs organisations. Ces réglementations doivent être conformes aux normes généralement reconnues, compte tenu du caractère économique des prestations (al. 1).

8. Se fondant sur les dispositions qui précèdent, l'association nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins publics et privés (ci-après : H+ les Hôpitaux de Suisse) a conclu avec la SVK un contrat national sur les traitements par dialyses (ci-après : le contrat national), entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Ce contrat national (applicable dans toute la Suisse) - qui comporte en outre trois annexes - a été conclu sur la base des prémisses suivantes : l'assurance obligatoire des soins est tenue de prendre en charge les dialyses ambulatoires (annexe 1 OPAS, art. 2.1) ; le tarif des prestations médicales (TARMED) prévoit les tarifs du contrat H+/SVK pour le décompte des traitements par dialyse ambulatoire ; la SVK réalise la garantie de la qualité conformément à la LAMal, (art. 58) sur mandat des assureurs-maladie ; la SVK peut intégrer certaines prestations dans l'assurance de prestations spéciales (ci-après : APS) lorsqu'un contrat ad hoc a été conclu ; les parties contractantes s'engagent à promouvoir de manière ciblée toutes les formes de traitements à domicile et de traitements self care ; enfin, les parties contractantes reconnaissent l'importance de la promotion des transplantations.

9. a) Dans le cas d'espèce, il est constant que le recourant souffre d'une affection rénale chronique, dont les traitements font partie du champ d'activité de l'APS et dont les conditions à remplir pour le paiement des prestations assurées (indication médicale, fournisseurs de prestations reconnus,...) sont fixées par le contrat national auquel l'intimée et le centre sont parties.

Selon une décision de la J\_\_\_\_\_ du 20 septembre 2001, dont la pertinence et l'actualité ont régulièrement été réexaminées et retenues par la CPC, en dernier lieu en 2012, peu après l'entrée en vigueur du contrat national en cours, la couverture des frais pour le traitement par dialyse pour des patients en hémodialyse chronique est, dans la règle, assurée pour trois dialyses hebdomadaires, les exceptions étant possibles, moyennant une justification médicale reconnue.

b) Le médecin traitant du recourant, conformément aux dispositions susmentionnées, a demandé une première fois la garantie de prise en charge des prestations de dialyse auprès de la SVK et exposé les arguments qui, selon lui, plaidaient pour six dialyses hebdomadaires au lieu de trois. S'étant vu opposer un refus, le médecin traitant a sollicité le réexamen du cas, en s'adressant directement au médecin-conseil de la SVK. Il s'est heurté à un nouveau refus, fondé sur les avis

---

concordants de la J\_\_\_\_\_ et du médecin-conseil, qui ont estimé que le rapport charges/bénéfice d'une dialyse quotidienne n'était pas suffisamment démontré. Ensuite de quoi, l'assuré a sollicité une décision formelle de son assureur-maladie, qui s'est exécuté en statuant le 8 mai 2014, par décision confirmée sur opposition le 22 juillet 2014, dont la question du bien-fondé est soumise à la Cour de céans.

10. a) Comme déjà rappelé supra, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques, critères qui sont réexaminés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal).

b) Une mesure est efficace lorsqu'elle est démontrée selon des méthodes scientifiques et permet objectivement d'obtenir le résultat diagnostique ou thérapeutique recherché (art. 32 al. 1 LAMal ; ATF 139 V 135, 128 V 159 consid. 5c/aa p. 165 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 151/99 du 7 juillet 2000 consid. 2b, in RAMA 2000 p. 279).

b) La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique. 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). L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou par rapport à la solution consistant à renoncer à toute mesure. Est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5 p. 146 ; GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 2e éd. 2007, p. 494 n. 293 ss).

c) 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). Il s'applique également 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). Il y a alors lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse (ATF 124 V 196 consid. 4 p. 200 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 29/96 du 16 septembre 1997 consid. 3c, in RAMA 1998 p. 1).

Le critère de l'économicité ne concerne pas seulement le type et l'étendue des mesures diagnostiques ou thérapeutiques à accomplir, mais touche également la

forme du traitement, notamment les questions de savoir si une mesure doit être effectuée sous forme ambulatoire ou dans un milieu hospitalier et de quelle institution de soins ou service de celle-ci le cas de la personne assurée relève d'un point de vue médical (ATF 126 V 334 consid. 2b p. 339).

d) C'est ainsi que le Tribunal fédéral a jugé que, lorsqu'il y a lieu d'examiner l'alternative que constituent des prestations de soins fournies à domicile par rapport à des prestations de soins fournies dans un établissement médico-social, le principe d'économicité n'autorisait pas l'assureur à limiter d'office la prise en charge des soins à domicile à ce qu'il aurait à supporter en cas de séjour dans un établissement médico-social. L'appréciation du caractère économique ne doit en effet pas s'effectuer au moyen d'une stricte comparaison des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins. Selon la jurisprudence, des prestations de soins fournies à domicile doivent, malgré l'existence d'une disproportion, être considérées comme plus adéquates que des prestations de soins fournies dans un établissement médico-social, lorsqu'elles permettent d'apporter à la personne assurée un épanouissement sur le plan personnel (travail [ATF 126 V 334 consid. 3a p. 341], une formation [arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 66/00 du 5 octobre 2000 consid. 3b, in RAMA 2001 p. 23], un engagement social ou politique, ou d'assumer une fonction sociale importante qu'un placement dans une institution n'autoriserait pas (telle que mère de famille ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 52/99 du 22 septembre 2000 consid. 3a, in RAMA 2001 p. 10).

Le Tribunal fédéral a jugé que tel n'était en revanche pas le cas lorsque les soins à domicile ne permettent à la personne assurée que de bénéficier d'une meilleure qualité de vie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 61/00 du 5 octobre 2000 consid. 3a, in RAMA 2001 p. 19). Malgré tout, dans un arrêt 9C\_940/2011 du 21 septembre 2012 consid. 3.4, le Tribunal fédéral a estimé que la prise en charge, à efficacité égale, de soins à domicile 2,35 fois plus chers que les soins dispensés dans un établissement médico-social (EMS) respectait "tout juste" le critère de l'économicité (cf. également ATAS/89/2013 du 31 janvier 2013). En d'autres termes, dans le cas particulier de la fourniture de soins à domicile, le Tribunal fédéral a estimé que la mesure devait procurer un bénéfice manifeste par rapport à un placement dans un établissement médico-social et qu'en cas de disproportion évidente entre les coûts des deux mesures, les prestations de soins fournies à domicile ne peuvent plus être considérées comme conformes au critère de l'économicité, quels que soient les intérêts légitimes de la personne assurée, et même si les prestations de soins fournies à domicile apparaissaient dans le cas particulier plus efficaces et appropriées qu'un placement en EMS (ATF 126 V 334 consid. 2a p. 338).

11. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 (ATF 126 V 319 consid. 5a). Ce principe s'applique également aux procédures relatives au contrôle de l'économicité.

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle

---

décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

12. Quant au fond, le recourant se plaint d'une violation de l'art. 32 LAMal. Il estime que l'argument d'économicité n'est pas valable dans son cas, puisque le traitement par dialyse quotidienne lui permet de préserver une pleine capacité de travail alors qu'avec trois dialyses par semaine, il serait partiellement ou totalement incapable de travailler, situation préjudiciable à son assureur perte de gain. Il reproche à l'intimée de n'avoir pas non plus tenu compte de l'efficacité médicale de ce type de traitement, par rapport à sa situation individuelle.

Il convient donc d'examiner si la dialyse quotidienne dont le recourant sollicite la prise en charge respecte ou non les principes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.

- a) Afin d'avoir suffisamment d'éléments pour pouvoir se déterminer sur la réalisation des dits critères, la Cour de céans a ordonné une expertise.

Le rapport du Prof. L\_\_\_\_\_ est le fruit d'une étude fouillée. Son expertise se fonde sur des investigations très complètes et des renseignements anamnestiques détaillés. Certes, l'expert n'a pas eu la possibilité de comparer par lui-même les conséquences sur l'état de l'assuré d'une dialyse quotidienne par rapport à une dialyse effectuée trois par semaine puisque, lorsqu'il est intervenu, la situation avait sensiblement évolué, l'assuré ayant été greffé en mai 2016. Néanmoins, l'expert a réuni tous les éléments utiles pour lui permettre d'évaluer si, dans le cas d'espèce, un régime de dialyses en centre à une cadence de trois fois par semaine était ou non adapté à l'état de santé du patient et, cas échéant, si le passage à un traitement de dialyses quotidiennes pouvait se justifier par des raisons médicales, en interrogeant non seulement le patient mais également son épouse, le néphrologue traitant, le Prof. H\_\_\_\_\_, ainsi qu'un membre de la J\_\_\_\_\_. Son rapport est exempt de contradictions et ses conclusions sont cohérentes. En conséquence, l'expertise du Prof. L\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

- b) L'hémodialyse en tant que telle est une méthode scientifique reconnue figurant dans l'annexe à l'OPAS (ch. 2.1) et d'ailleurs expressément visée par le contrat national, lequel prévoit que la couverture des frais de traitement des patients en hémodialyse chronique est, dans la règle (standard), donnée pour trois dialyses hebdomadaires, des exceptions étant possibles moyennant une justification médicale reconnue. Le critère de l'efficacité est donc rempli en l'occurrence, ce qui n'est au demeurant pas contesté.

- c) Il convient à présent d'examiner la question de savoir si la dialyse quotidienne peut être considérée comme une mesure adéquate.

Il ressort de l'expertise qu'au moment de l'introduction du traitement, l'assuré souffrait d'une polykystose hépatorenale familiale, avec une insuffisance rénale chronique devenue terminale en septembre 2013. Il avait déjà subi deux interventions abdominales (une phéochromocytose et une sigmoïdectomie partielle), pesait plus de 100kg et ses reins étaient de taille volumineuse.

L'indication médicale d'une dialyse étant clairement établie, il y a lieu d'évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs d'une dialyse quotidienne et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives, la solution consistant à renoncer à toute mesure n'entrant manifestement pas en ligne de compte dans le cas présent.

L'assuré a d'abord bénéficié d'un régime standard de trois dialyses hebdomadaires de quatre heures. Selon l'expert, les symptômes ressentis par le patient après chaque dialyse montraient qu'il était sous-dialysé : après chaque dialyse, l'intéressé souffrait de fatigue, de faiblesse, de nausées, d'un manque d'appétit et de difficultés de concentration ; il devenait de plus en plus irritable et était obligé de se reposer, ce qui générait un grand stress, dont son épouse craignait qu'il ne conduise à un état dépressif.

Dans sa prise de position de mars 2014, la J\_\_\_\_\_ a confirmé que plusieurs études cliniques et observationnelles ont montré une amélioration de l'efficacité de la dialyse lorsque celle-ci est prescrite quotidiennement : les patients au bénéfice d'une dialyse quotidienne sont moins fatigués, plus actifs, ont une meilleure qualité de vie et nécessitent moins de traitements antihypertenseurs ou de médicaments pour contrôler l'anémie. Ils ont un meilleur appétit et un régime alimentaire plus libre. La J\_\_\_\_\_ est toutefois réticente à admettre l'existence de preuves suffisantes en termes de rapport coût/bénéfice en faveur de la dialyse quotidienne, car il n'existe pas, à ce jour, de grandes études contrôlées prouvant scientifiquement les bénéfices de l'hémodialyse quotidienne, particulièrement en termes de morbidité et mortalité.

A cet égard, l'expert a expliqué que s'il n'existe pas d'études prospectives randomisées et contrôlées (le plus haut standard d'évidence scientifique en médecine) démontrant les bénéfices de la dialyse quotidienne par rapport à une dialyse conventionnelle trois fois par semaine, c'est essentiellement parce que personne ne veut investir dans une étude clinique coûteuse et peu profitable pour ses instigateurs. Selon l'expert, de nombreuses études cliniques de type observationnel ont néanmoins démontré les avantages de l'hémodialyse quotidienne. La plus importante, publiée en 2012 - qui comparait 1'873 patients dialysés quotidiennement à la maison à 9'365 patients dialysés trois fois par semaine en centre aux États-Unis -, a montré un bénéfice de la dialyse quotidienne en termes de survie (13% de décès en moins dans le groupe dialyse quotidienne). L'expert a en outre souligné que, de nos jours, le développement de l'hémodialyse quotidienne, surtout à domicile, est devenue une priorité dans de nombreux pays, à la fois pour améliorer la santé des patients dialysés et, paradoxalement, pour en

diminuer les coûts. En France, l'hémodialyse quotidienne est ainsi proposée prioritairement aux jeunes patients en attente de greffe. Dans d'autres pays, comme la Finlande et le Danemark, cette pratique est d'ores et déjà plus répandue encore.

Dans le cas particulier, l'expert a abouti à la conclusion que les symptômes présentés par le patient lorsqu'il était dialysé trois fois par semaine seulement démontrent que le traitement était insuffisant. L'expert a inventorié ces symptômes et constaté qu'ils étaient très bien décrits par le patient lui-même, mais également par son entourage, y compris des médecins spécialistes. Il s'agissait clairement de symptômes urémiques persistants (mauvais goût dans la bouche, inappétence, nausées, troubles de la concentration, irritabilité et, surtout, asthénie), qui s'accompagnent très souvent de symptômes neuropsychologiques (difficultés de concentration, troubles du sommeil, état dépressif...). S'y ajoutaient encore des signes cliniques (hypertension artérielle difficile à contrôler, anémie nécessitant des doses plus élevées d'érythropoïétine et altérations du métabolisme phosphocalcique, voire malnutrition). Tous ces symptômes étaient clairement objectivables. L'expert a admis qu'ils n'étaient pas toujours très spécifiques d'une dialyse insuffisante - car ils peuvent être causés par d'autres pathologies intercurrentes - mais souligné que leur somme est classique d'un syndrome urémique insuffisamment traité. L'expert a ajouté que si plusieurs des symptômes de l'urémie ont un caractère subjectif, surtout dans leur quantification, ils n'en sont pas moins véritables. L'ensemble des signes décrits par l'expert font partie du tableau clinique de l'urémie, de sorte qu'il n'y a, selon l'expert, aucun doute sur leur plausibilité médicale. L'expert a expliqué que ces symptômes étaient liés à une sous-dialyse, due en partie au poids de l'intéressé, nécessitant une dose de dialyse plus élevée ou plus régulière, que l'on pouvait obtenir plus facilement avec une dialyse quotidienne qu'avec une dialyse réalisée trois fois par semaine. Du reste, l'introduction de dialyses quotidiennes avait montré une nette amélioration clinique, avec une réduction des symptômes urémiques, une disparition de la fatigue et du besoin de dormir après chaque dialyse et une amélioration de la concentration.

Des observations de l'expert, la chambre de céans retient que la dialyse quotidienne avait manifestement des effets positifs par rapport à une dialyse standard effectuée trois fois par semaine et qu'elle était donc plus adéquate que cette dernière dans le cas de l'assuré. Le fait qu'il n'existe pas à ce jour de grandes études contrôlées prouvant scientifiquement les bénéfices de l'hémodialyse quotidienne ne suffit pas à s'écarter des conclusions de l'expert, lequel a démontré de manière convaincante les bénéfices de la dialyse quotidienne pour l'assuré.

Restent à examiner les autres alternatives à la dialyse quotidienne (en centre) dont l'expert a consciencieusement décrit les particularités.

La dialyse péritonéale ne peut entrer en ligne de compte puisque, comme l'a expliqué l'expert, elle n'était pas envisageable en raison de la polykystose rénale et des opérations digestives subies par le recourant.

La dialyse à domicile et la dialyse nocturne n'étant pas disponibles dans le canton de Genève, elles n'entrent pas non plus en considération.

A également été évoquée la possibilité de prolonger les trois dialyses conventionnelles de quatre à cinq heures par séance. L'expert n'a cependant pas confirmé qu'elle pallierait aux inconvénients de la dialyse standard aussi bien que la dialyse quotidienne. Cela semble d'ailleurs douteux dans la mesure où une dialyse de quatre heures entraînait déjà chez l'assuré une fatigue intense. On peut donc en déduire qu'une dialyse portée à cinq heures augmenterait encore cette fatigue.

Reste la dialyse vespérale évoquée par l'expert, dont le fait qu'elle n'ait pas convenu au recourant parce qu'elle entrerait en compétition avec les « temps forts » de son travail - entre 19h00 et 21h00 - n'entame en rien son adéquation. Elle aurait donc pu être considérée comme alternative, dès lors qu'à Genève, certains centres la proposent, trois fois par semaine ou quotidiennement.

À ce stade de l'examen des conditions légales à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, la chambre des assurances sociales constate qu'il existait bel et bien dans le cas d'espèce, à tout le moins théoriquement, une alternative à la dialyse quotidienne, soit la dialyse vespérale.

Dès lors, il convient d'examiner ce qu'il en est en termes d'économicité.

d) Il y a ainsi lieu de procéder à une balance entre les coûts et bénéfices de chacune des mesures retenues.

La dialyse vespérale peut être réalisée trois fois par semaine ou quotidiennement. Elle ne se distingue de la dialyse diurne qu'en termes d'horaire. En termes d'économicité, elle n'apparaît cependant pas comme une alternative valable à la dialyse quotidienne, puisqu'une dialyse vespérale effectuée trois fois par semaine présenterait les mêmes inconvénients que la dialyse standard réalisée au même rythme et qu'une dialyse vespérale réalisée quotidiennement aurait un coût identique à la dialyse quotidienne pratiquée en journée.

La dialyse quotidienne coûte deux fois plus cher que la dialyse «standard » de 3 x 4 heures par semaine : une hémodialyse full care est en effet facturée selon un forfait, quelle que soit la durée de la séance.

L'intimée conteste que l'on puisse retenir la solution de la dialyse quotidienne plutôt que le traitement de trois dialyses de quatre heures pour permettre au recourant de préserver une vie familiale, sociale et professionnelle « adéquate ». Elle relève que la jurisprudence invoquée par le recourant à l'appui de sa demande concerne des litiges dans le cadre desquels l'assureur-maladie refusait de prendre en charge le coût effectif des prestations de soins à domicile, plus onéreuses que celles fournies dans un établissement médico-social.

Il ressort pourtant de la jurisprudence rappelée supra (consid. 10 b) que l'appréciation du caractère économique ne doit pas s'effectuer au moyen d'une

stricte comparaison des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins. Le Tribunal fédéral a notamment retenu que des prestations de soins fournies à domicile devaient, malgré l'existence d'une disproportion, être considérées comme plus adéquates que des prestations de soins fournies dans un établissement médico-social, lorsqu'elles permettent d'apporter à la personne assurée un épanouissement sur le plan personnel – notamment la possibilité de poursuivre un travail, une formation, un engagement social ou politique - ou d'assumer une fonction sociale importante telle que celle de mère de famille, qu'un placement dans une institution n'autoriserait pas.

Quand bien même les différentes jurisprudences citées ont été rendues dans un contexte où il s'agissait de déterminer si l'assuré pouvait bénéficier de la prise en charge de coûts plus onéreux permettant son maintien à domicile, plutôt que la prise en charge, moins onéreuse, du coût de prestations équivalentes, respectivement appropriées elles aussi, impliquant toutefois une hospitalisation dans un établissement médico-social, le Tribunal fédéral a admis que la solution la plus coûteuse, dépassant parfois de manière très sensible la solution plus économique, devait être préférée, si elle permettait notamment à l'assuré de conserver un épanouissement, sur le plan personnel, par exemple, en continuant à travailler, ou à suivre une formation, ou encore d'autres aspects dépassant le simple bénéfice d'une meilleure qualité de vie.

Or, en l'espèce, il ressort des observations de l'expert que la persistance de symptômes tels que l'asthénie limitait indéniablement le rendement du recourant. Celui-ci n'était pas en état, avec une dialyse trois fois par semaine, de travailler à 100% dans de bonnes conditions de sécurité. Il ne pouvait assumer qu'un 40 à 50%. Dans la mesure où il était payé à la performance, un temps partiel était insuffisant pour garder son travail et assumer financièrement sa famille. Le fait de ne pas pouvoir travailler correctement avait aussi un impact très négatif sur son vécu dans le cadre de sa maladie, avec un sentiment de frustration et de limitation, qui le rendait irritable et déprimé. Pour ces raisons, la Cour de céans rejoint l'expert lorsque celui-ci considère que la dialyse quotidienne constituait dans le cas du recourant l'unique solution, non seulement pour des raisons médicales mais aussi de maintien de sa capacité entière de travail.

Dans le cas d'espèce, il apparaît que la solution la plus coûteuse, en l'occurrence deux fois plus onéreuse, présentait toutefois par rapport à la solution standard un meilleur résultat, non seulement pour les raisons médicales déjà évoquées précédemment, mais également parce que le recours à une autre forme de dialyse ne lui aurait pas permis de conserver une pleine capacité de travail, sans compter les effets collatéraux sur le plan de la vie familiale, et de couple, ne tenant d'ailleurs pas exclusivement à de pures considérations financières ou matérielles. Il ne faut pas non plus perdre de vue que cette solution était temporaire, dans l'attente d'une greffe du rein, l'assuré étant déjà inscrit sur une liste d'attente, mais poursuivant de son côté très activement des recherches de donneurs vivants compatibles. Le

bénéfice supplémentaire reconnu par la jurisprudence tient à l'existence d'un ou de plusieurs facteurs d'épanouissement personnel, à l'exclusion de la seule qualité de vie meilleure. Mais l'admission de ce principe n'est pas limitée aux cas où l'on serait en présence d'une alternative entre le maintien à domicile et une hospitalisation dans un établissement médico-social ou dans un hôpital. En conséquence, la prise en compte, dans la solution à retenir, du fait que la dialyse quotidienne permettait, et a permis, au recourant de maintenir sa pleine capacité de travail jusqu'en mai 2016, moment où il a pu bénéficier d'une greffe de rein, était justifiée, et permet ainsi de reconnaître à ce traitement le caractère de prestations économiques conformes à l'art. 32 LAMal. On ne voit pas en effet en quoi les principes consacrés par la jurisprudence dans les exemples susmentionnés ne devraient pas trouver application dans le cas d'espèce.

Ainsi la chambre des assurances sociales considère que les objections de l'intimée tirées de son interprétation restrictive de la jurisprudence pour ce qui est de l'admission, dans le cadre de l'examen de l'économicité du traitement, de la prise en compte de facteurs inhérents à l'épanouissement personnel et notamment, dans le cas d'espèce, au maintien de la capacité de travail entière du recourant, grâce à la dialyse quotidienne, doivent être écartées. Contrairement à ce qu'allègue l'intimée, le bénéfice que le recourant a pu retirer de la dialyse quotidienne, par rapport au régime standard pris en charge, dans la règle, par l'AOS, allait bien au-delà de la seule convenance personnelle.

On doit dès lors, dans le cas d'espèce, admettre que la dialyse quotidienne prescrite au recourant pendant toute la période litigieuse, soit du 27 septembre 2013 au 31 décembre 2014, s'agissant de l'intimée, était conforme au principe de l'économicité au sens de l'art. 32 LAMal. On rappellera d'ailleurs que, dans le cas d'espèce, la dialyse quotidienne coûte certes deux fois plus cher que le régime standard à trois dialyses par semaine, mais cette proportion reste parfaitement acceptable, au vu de la jurisprudence citée précédemment (consid. 10 dernier paragraphe), dans laquelle le Tribunal fédéral a estimé que la prise en charge, à efficacité égale, de soins à domicile 2,35 fois plus chers que les soins dispensés dans un établissement médico-social respectait "tout juste" le critère de l'économicité, d'autant que dans le cas particulier l'efficacité de la dialyse quotidienne apparaît plus efficace que la ou les alternatives examinées.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours doit être admis et les prestations litigieuses être prises en charge par l'intimée, du 27 septembre 2013 au 31 décembre 2014.

13. Dans ses dernières conclusions, le recourant indique, selon la liste qu'il a produite, que les factures que l'intimée a refusé de prendre en charge s'élèvent à un montant total de CHF 74'580.-. L'intimée ne s'est pas prononcée à ce sujet, bien qu'elle en ait eu la possibilité.

---

La chambre de céans n'est pas en mesure de vérifier si le décompte des factures litigieuses est exact et quel montant l'intimée devra en définitive prendre en charge, dès lors qu'il faudra tenir compte d'éventuels soldes de franchise ainsi que de la participation aux coûts au sens de l'art. 64 LAMal. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le recourant a du reste conclu à ce que le dossier soit renvoyé à l'intimée pour nouvelle décision, sur la base d'un droit à la prise en charge de l'intégralité de son traitement de six hémodialyses full-care hebdomadaires du 27 septembre 2013 au 31 décembre 2014, en tenant compte de la déduction éventuelle d'une participation aux coûts.

Il appartiendra donc à l'intimée de déterminer le montant dû au titre de la franchise résiduelle pour les périodes concernées ainsi que de la participation aux coûts au sens de l'art. 64 LAMal, montants qui seront imputés du montant dû.

La décision attaquée sera ainsi annulée et le dossier renvoyé à l'intimée pour nouvelle décision et calcul des prestations dues, dans le sens qui précède.

14. Enfin le recourant conclut à ce que la somme correspondant à la prise en charge de l'intégralité du traitement litigieux par six hémodialyses full-care hebdomadaires du 27 septembre 2013 au 31 décembre 2014 porte intérêts à 5% dès le 10 septembre 2015. Il a fixé la date déterminante du *dies a quo* des intérêts moratoires au 10 septembre 2015, date correspondant à l'échéance de douze mois dès la date de son recours.

Selon l'art. 26 al. 2 LPGa des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré a fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 11 septembre 2002 – OPGA ; RS 830.11).

L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (art. 7 al. 2 OPGA).

L'obligation de payer des intérêts moratoires commence vingt-quatre mois après la naissance du droit en tant que tel pour l'ensemble des prestations courues jusque-là, et non pas seulement deux ans après l'exigibilité de chaque prestation (ATF 133 V 9, consid. 3.6).

Le délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit équivaut à une prescription minimale. Ainsi, lorsque des prestations sont versées plus de douze mois après que l'assuré a fait valoir son droit, des intérêts moratoires ne sont pas dus si en même temps, un délai d'au moins vingt-quatre mois ne s'est pas écoulé depuis la naissance du droit (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3ème éd. 2015, n. 49 ad art. 26 LPGa).

L'obligation de verser des intérêts moratoires est liée à l'existence d'une prestation principale et a, par conséquent, un caractère accessoire. Puisque les autres conditions énumérées à l'art. 26 al. 2 LPGA doivent être remplies, le droit à des intérêts moratoires doit être qualifié de relation juridique spécifique. Sous réserve d'une extension de l'objet de la contestation, elle ne peut être examinée dans la procédure de recours de première instance que si l'administration a statué sur cette question (objet de la contestation) et que sa décision a été attaquée sur ce point (objet du litige ; ATF 125 V 413 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 73/05 du 13 septembre 2006, consid. 7.1).

En l'espèce, bien que l'intimée n'ait pas statué sur ce point - dès lors que la question ne se posait pas dans la mesure où elle refusait purement et simplement la prise en charge des prestations litigieuses -, il y a lieu d'étendre l'objet de la contestation à cette question, puisque, d'une part, l'obligation de verser des intérêts moratoires est en relation étroite avec le droit aux prestations, de sorte qu'on peut parler d'un même ensemble de faits, et d'autre part, l'intimée a eu la possibilité de s'exprimer à ce sujet (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 493/05 du 22 décembre 2005, consid. 5), dès lors qu'il s'agissait de l'une des dernières conclusions du recourant qui ont dûment été communiquées à l'intimée.

En l'occurrence, le droit à la prise en charge des frais médicaux relatifs à la dialyse quotidienne est né le 27 septembre 2013 et le recourant a fait valoir pour la première fois son droit aux prestations avant l'échéance du délai légal de vingt-quatre mois. Dans la mesure où le délai relatif de douze mois était déjà échu avant celui de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit, l'intimée doit au recourant un intérêt moratoire de 5% l'an dès le 27 septembre 2015 sur l'ensemble des prestations dues entre le 27 septembre 2013 et le 31 décembre 2014 (cf. ATF 133 V 9 précité).

15. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H al. 3 de la loi du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative). L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a). Ainsi l'indemnité allouée sera fixée à CHF 5'000.-.

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

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant  
conformément à l'art. 133 al. 2 LOJ**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition de MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA du 22 juillet 2014;
4. Dit que le recourant a droit à la prise en charge par l'intimée de l'intégralité de son traitement par six hémodialyses full-care hebdomadaires depuis le 27 septembre 2013 jusqu'au 31 décembre 2014.
5. Renvoie le dossier à l'intimée pour calcul et paiement des prestations dues et des intérêts moratoires de 5% dès le 27 septembre 2015, sous déduction de toutes imputations légitimes, y compris une éventuelle franchise et une participation aux coûts, et nouvelle décision dans le sens des considérants.
6. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 5'000.- à titre de dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le