RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3213/2005 **ATAS/203/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 21 février 2007

En la cause

Madame R_____, domiciliée , TROINEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA	recourante

contre

SWICA ORGANISATION DE SANTE, sise Römerstrasse 38, WINTERTHUR	intimée

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Doris WANGGELER et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Madame R_____ (ci-après: l'assurée), née le 1960, est assurée depuis le 1er janvier 1996 auprès de SWICA ASSURANCE-MALADIE SA (ci-après: SWICA) au titre de l'assurance-obligatoire des soins ainsi que pour diverses assurances complémentaires.

2. En date du 20 octobre 2003, le Dr A_____, psychiatre, a sollicité du médecin-conseil de SWICA la prise en charge de benzodiazépines pour l'assurée au-delà des prescriptions légales, précisant qu'il l'avait rendue attentive au risque de dépendance.

3. Par pli du 21 octobre 2004, le Dr B_____, médecin traitant et spécialiste FMH en médecine interne et angiologie, a informé SWICA que le problème psychiatrique de l'assurée était en traitement provisoire à son cabinet. Il expliquait que ce traitement auprès d'un spécialiste avait été interrompu mais qu'il serait repris par un autre confrère.

4. Sur ce, le médecin-conseil de la SWICA, le Dr C_____, a accepté la prolongation de la prise en charge jusqu'au 20 novembre 2004 tout en informant l'assurée par courrier du 9 novembre 2004.

5. Par pli du 17 décembre 2004, le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne et nouveau médecin traitant de l'assurée depuis le 2 novembre 2004, a demandé à SWICA de renoncer à l'application des limitations légales pour les médicaments TEMESTA et XANAX.

6. Par pli du 16 mars 2005, adressé au Dr D_____, SWICA l'a informé que son médecin-conseil avait accepté la prise en charge des prescriptions au-delà des limitations légales jusqu'au 31 décembre 2004.

7. Le 10 juin 2005, l'assurée a communiqué à SWICA un courrier du 27 mai 2005 du Dr B_____ par lequel ce médecin attestait que la prise médicamenteuse de XANAX et TEMESTA lui était indispensable.

8. A la requête de l'assurée, SWICA a rendu une décision en date du 14 juin 2005, aux termes de laquelle, à compter du 1er janvier 2005, elle ne rembourserait les médicaments TEMESTA et XANAX que jusqu'à concurrence des limitations légales mentionnées dans la liste des spécialités (LS).

9. En date du 28 juin 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision en faisant valoir que, selon un rapport médical du Dr B_____, la prise à long terme de XANAX et de TEMESTA lui était indispensable et qu'elle ne pouvait s'en passer.

10. Par décision du 28 juillet 2005, SWICA a rejeté l'opposition.

11. L'assurée a interjeté recours contre cette décision en date du 14 septembre 2005, en concluant à l'annulation de la décision ainsi qu'à ce qu'il soit dit que les limitations figurant dans la liste des spécialités pour le TEMESTA et le XANAX ne lui soient pas opposables.

12. Dans sa réponse du 11 octobre 2005, SWICA (ci-après: l'intimée) a maintenu sa position.

13. Par courrier du 7 novembre 2005, l'intimée a informé le Dr E_____, médecin généraliste et nouveau médecin traitant de l'assurée, qu'elle avait préavisé favorablement la prise en charge du XANAX et du TEMESTA dans le cadre des limitations fixées par les autorités fédérales. Elle suggérait d'orienter la patiente vers un psychiatre.

14. Lors de l'audience de comparution personnelle du 30 novembre 2005, les parties ont convenu qu'une expertise psychiatrique était nécessaire aux fins d'établir si l'état de santé de l'assurée nécessitait la prise de médicaments dépassant les limitations contenues dans la liste des spécialités, le cas échéant, pourquoi, à quel dosage et pour quelle durée prévisible. Les parties se sont en outre déclarées d'accord pour que le tribunal ordonne ladite expertise.

15. Par courrier du 7 décembre 2005, le tribunal a informé les parties de son intention de confier l'expertise psychiatrique au Dr F_____ du Département de psychiatrie des "établissement hospitalier" de Genève, "établissement hospitalier", et leur a communiqué les questions qu'il avait l'intention de poser à l'expert, tout en leur impartissant un délai au 10 janvier 2006 pour compléter celles-ci.

16. La recourante a déclaré ne pas avoir de questions supplémentaires à poser à l'expert contrairement à l'intimée, qui a adressé au tribunal une liste de questions complémentaires.

17. En date du 20 janvier 2006, le tribunal a ordonné une expertise psychiatrique et a invité l'expert à déposer son rapport devant ledit tribunal.

18. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 26 juin 2006, le Dr F_____ a retenu un syndrome de dépendance aux benzodiazépines en utilisation continue (F 13.25), une agoraphobie avec trouble panique (F 40.01), une anxiété généralisée (F 41.1) ainsi qu'un trouble de la personnalité, sans précision (traits de personnalité dépendante, anxieuse, passive-agressive, sensitive). Selon ce médecin, l'état de santé de la recourante nécessitait un traitement médical visant à réduire ses manifestations anxieuses et phobiques ainsi qu'à diminuer progressivement sa dépendance aux benzodiazépines. A cet effet, un traitement médicamenteux, indispensable, devait idéalement être combiné avec une prise en charge psychiatrique. Il déconseillait fortement l'interruption brutale du médicament et préconisait, dans un premier temps, de stabiliser les doses consommées avant

d'entreprendre un long sevrage. Il indiquait que, selon le Compendium suisse des médicaments, il était recommandé de ne pas dépasser la posologie de 6mg/j s'agissant du XANAX et que, pour le TEMESTA, les doses maximales indiquées se situaient à 7,5mg/j. De l'avis de ce médecin, le traitement actuel de la recourante n'était pas adapté. Selon lui, des antidépresseurs représentaient le traitement médicamenteux de choix; de faibles doses de neuroleptiques pouvaient être associées en vue de réduire les angoisses. Dans le cas particulier, toutefois, le choix médicamenteux résultait du syndrome de dépendance de la recourante. Ce même médecin a jugé qu'un sevrage au 1er janvier 2005 déjà n'était pas exigible car aucun spécialiste ne suivait la recourante à l'époque. Il a ajouté qu'un changement abrupt vers un autre type médicamenteux n'était pas exigible non plus. Il préconisait un sevrage lent et progressif des benzodiazépines, qu'il considérait difficile, et l'introduction d'un antidépresseur, dont il existait une large gamme. L'expert a en outre estimé qu'une prise en charge psychiatrique était indispensable pour ramener les doses de benzodiazépines dans la limite des prescriptions autorisées. S'agissant du pronostic, il a jugé que le sevrage durerait plusieurs mois et ne serait possible qu'avec l'aide et sous la conduite d'un spécialiste. En définitive, la prise en charge des frais de traitement était raisonnable à une double condition: le traitement aux benzodiazépines devait être limité à une année pendant laquelle la recourante suivrait un traitement de sevrage auprès d'un spécialiste. Cette solution avait d'ailleurs été approuvée par le médecin traitant.

19. Il ressort d'une note interne de l'intimée du 10 juillet 2006 que son médecin-conseil a avalisé les conclusions de l'expert en précisant qu'il avait lui-même déjà adressé des propositions similaires aux Drs B_____, D_____ et E_____.

20. Dans ses conclusions après expertise du 20 juillet 2006, l'intimée maintient sa position. Se référant à la jurisprudence fédérale, elle fait valoir qu'il n'y a pas de droit à la prise en charge par l'assurance obligatoire de soins en cas de dépassement des quantités et dosages médicamenteux admis. Elle souligne que le traitement aux benzodiazépines a été considéré comme inadéquat. En outre, elle rappelle qu'elle n'avait accepté de prendre en charge les doses maximales que si elles avaient été recommandées par un spécialiste. Or, la recourante avait interrompu toute consultation auprès d'un psychiatre et son médecin traitant avait arrêté sa prescription au 20 novembre 2004. Alors que la recourante en avait été avisée le 9 novembre 2004, elle avait néanmoins réussi à se procurer des benzodiazépines par d'autres médecins en augmentant encore sa consommation.

21. Dans son écriture après expertise du 26 juillet 2006, la recourante conclut à ce que l'intimée rembourse rétroactivement l'intégralité du traitement médicamenteux et continue à le prendre en charge durant une année dès la date du jugement à intervenir, à condition qu'elle s'engage dans un traitement de sevrage, à charge de l'intimée, auprès d'un spécialiste. La recourante précise en outre que, sous réserve de périodes d'angoisses profondes, sa consommation de benzodiazépines est de

l'ordre de 14 mg par jour, soit de 4mg de XANAX et 10mg pour le TEMESTA. Comparée aux doses recommandées par le Compendium suisse des médicaments, sa consommation régulière se trouve ainsi légèrement en dessus de la limite pour le TEMESTA (7,5mg/jour) et déjà en dessous de la limite pour le XANAX (6 mg/jour).

22. Par pli du 28 juillet 2006, le Tribunal a communiqué copie de cette écriture à l'intimée et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références).

   En l'espèce, étant donné que les faits déterminants se sont réalisés à une date postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, celle-ci s'applique.

   Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent dès le jour de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3; 117 V 71 consid. 6b, 112 V 356 consid. 4a; RAMA 1998 KV p. 316 consid. 3b).

4. Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites par la loi, par-devant le Tribunal compétent, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA).

5. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de l'intégralité du traitement médicamenteux (TEMESTA et XANAX) au-delà du 31 décembre 2004.

6. a) En vertu de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des prestations définies aux art. 25 à 31, lesquelles comprennent notamment : les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier, ou dans un EMS par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (art. 25al. 2 let. a LAMal), en tenant compte des conditions fixées par les art. 32 à 34 de la loi (art. 24 LAMal).

   b) Les prestations à charge de l'assurance obligatoire doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b). La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 146 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale: lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 99 consid. 4a; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 146 consid. 5; RAMA 2004 n° KV 272 p. 111 consid. 3.1.2). Ces critères doivent également s'appliquer lorsqu'il s'agit de déterminer sous l'angle de l'efficacité, laquelle de deux mesures médicales entrant alternativement en ligne de compte, doit être choisie au regard de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (ATF 130 V 304 consid. 6.1). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal).

7. a) Sur la base de la délégation de compétence de l'art. 33 al. 1 et 5 LAMal, le Conseil fédéral, soit pour lui le département fédéral de l'intérieur, a établi la liste des prestations fournies par des médecins dont les coûts n'étaient pas à la charge de l'assurance obligatoire ou ne l'étaient qu'à certaines conditions (art. 33 let. a OAMal ; art. 1 et annexe 1 OPAS). Les assureurs ne peuvent, au titre de l'assurance obligatoire, prendre en charge d'autres frais que ceux prévus par la loi (art. 34 al. 1 LAMal).

b) Conformément à l'art. 52 al. 1 let. b LAMal (en corrélation avec les art. 34 et 37e OAMal), l'office, 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). Aux termes de l'art. 73 OAMal, l'admission dans une liste peut être assortie d'une limitation; celle-ci peut notamment se rapporter à la quantité ou aux indications médicales. De telles limitations constituent des instruments de contrôle de l'économicité et non pas une forme de rationalisation des prestations (RAMA 2001 n° KV 158 p. 158 consid. 2d; Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), Soziale Sicherheit, p. 101, n. 436). Elles ont également pour but d'exclure ou de limiter la possibilité d'utiliser de manière abusive des médicaments de la liste des spécialités (ATF 129 V 42 consid. 5.2 in fine (Viagra); RAMA 2004 n° KV 272 p. 113 consid. 3.3.1; cf. aussi ATF 128 V 167 consid. 5c/bb/bbb).

c) Selon la jurisprudence, la liste des spécialités a un caractère à la fois exhaustif et contraignant (cf. ATF 128 V 161 consid. 3b/bb). D'une part, les coûts des médicaments qui ne sont pas mentionnés dans la liste ne doivent en principe pas être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (RAMA 2004 n° KV 272 p. 112 consid. 3.2.1 et l'arrêt cité; SVR 2004 KV n° 9 p. 30 consid. 4.2, non publié dans la RAMA 2004 n° KV 276 p. 143). D'autre part, au regard du système de listes déduit de l'art. 34 al. 1 LAMal (cf. à ce sujet, ATF 125 V 29 consid. 5b; RAMA 2002 n° KV 196 p. 9 consid. 3b/cc, 2001 n° KV 158 p. 159 consid. 4b et les références), la liste des spécialités contient une énumération exhaustive des différentes positions. Ainsi, lorsqu'un médicament est inclus dans la liste des spécialités avec une limitation de son utilisation à des indications déterminées, on ne saurait admettre un devoir de prester par un raisonnement analogique si le médicament est prescrit en vue d'autres indications que celles figurant dans la liste, à moins que celle-ci ne prévoie - par l'emploi du terme "etc." - la possibilité d'un complément par les autorités d'application (ATF 125 V 30 consid. 6a; cf. RAMA 2002 n° KV 196 p. 11 consid. 3c/aa in fine et les références). Un médicament utilisé pour d'autres indications que celles énoncées, sous forme de limitation, dans la liste des spécialités doit être considéré comme un médicament "hors liste" (sous l'empire de la LAMA: ATF 118 V 279 consid. 2b in fine) et n'est, partant, pas soumis à l'obligation de remboursement de l'assurance obligatoire des soins (arrêt A. et B. du 17 mars 2003, K 123/02).

8. a) Ces principes ont guidé le Tribunal fédéral dans un arrêt du 16 septembre 2003 (K.46/2003) relatif à la prise en charge des coûts du médicament XENICAL. Ce médicament figure dans la liste des spécialités avec une limitation thérapeutique (indice de masse corporelle de 35 au moins) qui n'était pas réalisée dans le cas soumis audit tribunal. L'intéressée y alléguait que la limite ne pouvait lui être opposée compte tenu des circonstances particulières de son cas. Le Tribunal fédéral a rappelé qu'il faisait preuve d'une très grande retenue dans le contrôle de la légalité

de limitations ou d'indications dans la liste des spécialités (RAMA 2001 n° KV 158 p. 159 consid. 4b et les références) et qu'en l'occurrence, il n'y avait pas de motif de mettre en doute le bien-fondé de la limitation en cause. Celle-ci avait pour but de prévenir tout risque d'abus pouvant résulter d'une prise en charge par les assureurs du médicament sans indication médicale clairement définie (RAMA 2000 n° KV 120 p. 164 consid. 3c/aa). Ledit tribunal a en outre précisé que s'écarter de la limite requise reviendrait à substituer au critère quantitatif retenu d'autres indications à caractère médical, ce qui n'était pas le rôle du juge, du moins aussi longtemps que le critère fixé n'apparaissait pas insoutenable.

b) Récemment, cette jurisprudence fédérale a été réaffirmée. L'objet du litige était d'ailleurs de nouveau la limitation thérapeutique du XENICAL (indice de masse corporelle supérieur à 35) qui n'était pas réalisée dans le cas de deux patientes (arrêt du Tribunal fédéral 13 janvier 2006, K.145/2005). Notre Haute Cour a confirmé que l'assureur était en droit de refuser le paiement de prestations non obligatoires. Le médecin était en premier lieu responsable des prescriptions et avait un devoir d'information à l'égard du patient. Si une limitation légale n'était pas respectée, il incombait au patient de rembourser la caisse. Il disposait le cas échéant d'un droit de recours contre le médecin si ce dernier avait violé son devoir d'information.

c) Toutefois, selon la jurisprudence fédérale, le principe du non-remboursement n'est pas absolu. Une telle exception est notamment réalisée lorsque la prise médicamenteuse constitue une mesure préparatoire indispensable à l'exécution d'une prestation prise en charge par l'assurance obligatoire des soins ("complexe thérapeutique"; RAMA 1998 n° KV 991 p. 305 consid. 3). Dans le cas concret, il s'agissait d'un traitement avec le médicament NEUPOGEN qui figurait sur la LS mais avec une limitation thérapeutique qui n'était pas réalisée en l'espèce. Dès lors que le traitement constituait une mesure préparatoire indispensable à la transplantation du foie qui devait être prise en charge par la caisse maladie, l'obligation d'accorder des prestations a été admise. La jurisprudence précise qu'en cas de concours de mesures appartenant aux prestations obligatoires et de mesures pour lesquelles il n'existe aucune obligation de prise en charge ou qu'une obligation limitée, est décisif le point de savoir si ces mesures sont dans un rapport étroit de connexité les unes avec les autres; si tel est le cas et lorsque la prestation non obligatoire prédomine, l'ensemble des mesures n'est pas à charge des caisses - maladie (cf. SVR 2004 KV n° 4 p. 13 consid. 4 et les références citées, EUGSTER, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 216, p. 108).

9. a) Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves. Mais si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 125 V 351 consid. 3a).

b) 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. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe 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. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise 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 (cf. également RAMA 1993 page 136).

10. En l'occurrence il est incontesté que la recourante a dépassé les limitations quantitatives et de dosage légales. Il faut distinguer les limitations du XANAX et celles du TEMESTA.

a) S'agissant du XANAX, les limitations légales dépendent du dosage des comprimés. En effet, conformément à la liste des spécialités, les comprimés d'un dosage de 0, 25 mg à 1 mg sont quantitativement limités à 120 points par trimestre. En revanche, les comprimés d'un dosage supérieur à 2mg ne sont pas limités de manière quantitative mais comportent une limitation thérapeutique et de dosage. La LS prévoit en effet que le médicament "n'est indiqué que chez les patients souffrant de crises de panique (Diagnostic and statistical Manual of mental disorders-III-R, American Psychiatric Association ou International Classification of Diseases (NHO) 10), chez lesquels, en vue de contrôler les symptômes, des doses dépassant 4 mg par jour doivent être prescrites. Dans ces cas, une grande prudence est recommandée, car il faut tenir compte de certains risques tels que la dépendance, mais avant tout, celui de l'interaction avec de l'alcool. Voir "Précautions" et "Posologie/Mode d'emploi"". La LS autorise ainsi expressément les dosages figurant dans le Compendium suisse des médicaments, soit une posologie maximale de 6mg/jour.

En 2005, la posologie du XANAX a dépassé de 0,6mg/jour la limitation légale [(1060 comprimés à 2 mg + 100 comprimés à 1mg = 2220 mg pour environ 332 jours, soit 6,626mg/jour (limite légale: 6mg/jour)].

b) Les limitations légales quantitatives du TEMESTA sont expresses. Par trimestre, seuls des emballages équivalant à 120 points sont remboursés. S'agissant du dosage, il n'y a pas de renvoi exprès de la LS aux posologies recommandées dans le Compendium suisse des médicaments. Toutefois, selon la jurisprudence, l'indication médicale et le dosage d'un médicament sont dans un rapport de connexité étroit et indissociable du point de vue des règles concernant l'autorisation de prise en charge et, partant, de leur admission dans la liste des spécialités (arrêt du 14 septembre 2004, (K. 103/2003), consid. 3.3.2). Conformément à cette jurisprudence, il faut considérer que la prise en charge des médicaments est limitée par la posologie recommandée dans le Compendium Suisse des médicaments. Selon celui-ci, il ne faut pas dépasser 7,5mg/jour. Il convient de traiter la consommation allant au-delà de cette posologie comme un médicament "hors-liste" (arrêt du 14 septembre 2004, (K. 103/2003), consid. 5.3) qui n'est, en principe, pas soumise à l'obligation de remboursement par l'assurance obligatoire des soins.

En 2005, la quantité et le dosage du TEMESTA ont dépassé les limitations légales admises. D'un point de vue quantitatif, il a eu un dépassement de 1170 pts (1er trimestre: 250 pts; 2ème trimestre: 50 pts; 3ème trimestre: 1050, 4ème trimestre: 300 pts, soit un total de 1650 pts. (limite légale: 120 pts/trimestre) alors que sous l'angle du dosage, il y a un dépassement d'environ 3mg/jour (1400 comprimés de 2,5 mg pour 332 jours, soit 10.55mg/jour (limite légale: 7,5mg/jour)).

11. Dans son rapport daté du 26 juin 2006, l'expert a conclu que la prise en charge du traitement aux benzodiazépines était raisonnable pour autant qu'il y ait une diminution progressive des doses et qu'un traitement de sevrage auprès d'un spécialiste, d'une année au plus, soit initié. L'état de santé de la recourante nécessitait en effet un traitement médical visant à réduire ses manifestations anxieuses et phobiques ainsi qu'à diminuer progressivement sa dépendance aux benzodiazépines. Le traitement actuel de la recourante n'était pas adapté; il recommandait des antidépresseurs auxquels de faibles doses de neuroleptiques pouvaient être associées. Cela dit, il déconseillait fortement une interruption brutale du traitement en cours. Avant d'entreprendre un long sevrage, l'expert recommandait de stabiliser progressivement les doses. Selon ce dernier, un sevrage ou un changement abrupt à un autre type médicamenteux au 1er janvier 2005 déjà n'était pas exigible.

Le rapport d'expertise du Dr F_____ se fonde sur l'intégralité du dossier médical de la recourante (dont ceux émanant du médecin-conseil de l'intimée), mais également sur des examens personnels cliniques et des tests psychiatriques reconnus (MINI et TCI). Il a été établi en pleine connaissance des anamnèses

(familiale; personnelle; professionnelle; circonstances de l'accident de 1996; médicale et psychiatrique). L'expert a recueilli les plaintes de la recourante. Au plan médical, la description du contexte et l'appréciation de la situation sont claires. Il a expliqué de manière circonstanciée l'incidence de la dépendance aux benzodiazépines sur la capacité réduite de changer de traitement médicamenteux, avant d'exposer les raisons pour lesquelles le traitement actuel devait être, dans un premier temps, réduit aux doses dans les limites des prescriptions autorisées et, dans un deuxième temps, suivi d'un traitement de sevrage d'une durée limitée (une année). L'expert s'est référé à la doctrine médicale topique et a répondu aux questions posées par le Tribunal de céans. Enfin, ce rapport ne contient pas de contradictions. Il y a par conséquent lieu de lui accorder pleine valeur probante.

Il ressort de ce rapport que la recourante remplit l'indication thérapeutique nécessaire (crises de panique) pour les comprimés de XANAX supérieurs à un dosage de 2mg. Le rapport confirme une consommation au-delà des autres limitations légales du XANAX et TEMESTA depuis le 31 décembre 2004. Enfin, l'expert explique que le traitement aux benzodiazépines - même dans le cadre des prescriptions légales - est inadéquat. De ce fait, c'est l'intégralité de la prise médicamenteuse aux benzodiazépines qui devrait, en principe, être considérée comme non remboursable par l'assurance obligatoire des soins. Celle qui dépasse les limitations légales quantitatives et de dosage est considérée comme "hors liste" et n'est, en principe, pas soumise à l'obligation de rembourser; celle qui s'inscrit dans le cadre des limitations légales ne l'est pas davantage faute d'être adaptée *in concreto* (art. 32 al. 2 LAMal à contrario).

Il reste à déterminer si les conditions d'un complexe thérapeutique sont réalisées. A cet égard, on distinguera entre la prise en charge des coûts du médicament dépassant les limitations légales de celles qui s'inscrivent dans ce cadre.

Il a été mentionné que le juge ne s'écarte que rarement des quantités et doses retenues. Pour les benzodiazépines, ces limitations poursuivent un but de prévention, puisqu'il visent principalement à diminuer le risque de dépendance et celui de l'interaction de l'alcool. Dans le cas d'espèce, d'ailleurs, après avoir consommé des benzodiazépines pendant vingt cinq ans, le risque de dépendance s'est réalisé. Toutefois, selon l'expert, la réduction progressive des quantités et doses médicamenteuses constitue une première étape indispensable au sevrage et au passage à un traitement médicamenteux adéquat (antidépresseurs et neuroleptiques). Il s'agit de préparer la période de sevrage et d'augmenter ainsi ses chances de réussite. Par ailleurs, le médecin conseil de l'intimée avait, lui-même déjà, suggéré de procéder dans cet ordre.

S'agissant du traitement aux benzodiazépines - dans le cadre des limitations quantitatives et de dosage - on doit *a fortiori* admettre que les conditions d'un complexe thérapeutique sont remplies. Selon l'expert en effet, une interruption

abrupte des benzodiazépines n'est pas exigible, voire fortement déconseillée. Compte tenu de ces circonstances, la diminution progressive des doses médicamenteuses (dans le cadre des limitations légales) constitue également une mesure préparatoire indispensable à l'introduction d'un traitement médicamenteux adéquat.

Dès lors que selon les avis médicaux la diminution progressive des quantités et doses médicamenteuses constitue une mesure préparatoire indispensable à la suite du traitement adéquat, le lien de connexité entre la prise médicamenteuse aux benzodiazépines et les autres prestations n'est plus à établir. Enfin, s'agissant de la proportion entre les prestations non obligatoires et les prestations obligatoires (suivi psychiatrique et prise médicamenteuse d'antidépresseurs et de neuroleptiques), les dernières l'emportent largement.

A ce stade, le tribunal retiendra que l'intégralité du traitement de benzodiazépines depuis le 1er janvier 2005 doit, en principe, être remboursé par l'intimée. Il reste toutefois à déterminer l'étendue de ces prestations.

12. La recourante souhaiterait voir le délai d'une année compter à partir de la date du présent jugement. Toutefois, dès lors qu'elle a admis les conclusions de l'expertise, il sied de prendre en compte le mois suivant celui où le rapport du Dr F_____ a été porté à sa connaissance. C'est en effet à partir de la fin juillet 2006 que la recourante a eu connaissance du rapport et qu'elle a pu évaluer la portée des conclusions de l'expert.

    Dans le même ordre d'idées, l'intimée soutient que les prestations dues à la recourante doivent être réduites dès lors que celle-ci a violé son obligation de réduire le dommage, qui, en droit des assurances sociales, constitue un principe fondamental non écrit ayant valeur de loi (RAMA 1994 K 929 p. 18; ATF 118 V 116 consid. 7b).

    Il est vrai qu'avisée depuis le 9 novembre 2004 que l'intimée ne prendrait plus en charge des doses médicamenteuses au-delà des prescriptions légales, la recourante a néanmoins changé plusieurs fois de médecin traitant et a négligé de s'adresser à un spécialiste. Alors que l'intimée avait déjà accepté de prolonger la durée de la prise en charge, la recourante n'a pas collaboré avec le médecin-conseil, voire avec ses propres médecins traitants lorsque ceux-ci se conformaient aux prescriptions légales. Elle a en outre renoncé à l'appui d'un traitement susceptible de raccourcir la durée de sa dépendance. Ce faisant, la recourante a contribué à prolonger le besoin de recourir aux benzodiazépines. Compte tenu de ces circonstances, il paraît équitable de réduire l'étendue des prestations et de faire supporter à la recourante la moitié du coût de ce qui dépasse les limitations légales.

13. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens. Ceux-ci sont fixés en fonction du nombre d'écritures et de leur pertinence, de la complexité

de l'affaire, du nombre d'audiences et des actes d'instruction. Ils se monteront en l'espèce à 1'000 fr.

* * * * *

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Le déclare recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement dans le sens des considérants et annule les décisions des 15 et 28 juin 2005.

3. Confirme que Madame R_____ a droit, depuis le 1er janvier 2005, à la prise en charge des médicaments XANAX et TEMESTA jusqu'à concurrence des limitations légales résultant de la liste des spécialités (LS) et des recommandations figurant dans le Compendium suisse des médicaments.

4. Dit qu'elle a droit au surplus, dès le 1er janvier 2005, à la prise en charge de la moitié du coût de ce qui dépasse ces limitations légales et ce, pendant une année à compter du 1er août 2006 et à la condition qu'elle s'engage dans un traitement de sevrage auprès d'un spécialiste.

5. Laisse les frais de l'expertise à la charge de l'Etat.

6. Condamne l'intimée au versement d'une indemnité en faveur de la recourante de 1'000.- fr.

7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), 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); 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 :

Sylvie CHAMOUX Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Marta TRIGO LAURIN

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