

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4291/2017

ATAS/961/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 octobre 2018

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au PETIT-LANCY, représentée par le PARTI DU TRAVAIL-Section Genève recourante

contre

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

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après à l'assurée), née le _____ 1949, est assurée auprès du Groupe Mutuel (ci-après l'assureur) pour l'assurance obligatoire des soins.
2. L'assureur a adressé à l'assurée des décomptes de participation les 22 décembre 2014, 26 janvier et 16 février 2015, selon lesquels « le traitement Champix ne peut pas faire l'objet d'une prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, car il n'y a pas d'indication médicale ».
3. Le 24 avril 2015, l'assurée a transmis deux ordonnances établies par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et en néphrologie, les 9 octobre et 3 novembre 2014, lui prescrivant un traitement de Champix.
4. Par courrier du 1^{er} mai 2015, l'assureur a indiqué que le Champix était un médicament de la liste des spécialités (LS) soumis à une limitation. Il a dès lors invité l'assurée à demander à son médecin traitant de rédiger un rapport détaillé concernant l'éventuelle prise en charge de ce médicament.
5. Le Dr B_____ a communiqué à l'assureur, le 13 mai 2015, le rapport demandé. Il explique que l'assurée « est connue pour un tabagisme actif (environ 45 UPA) avec notamment comme conséquence secondaire un emphysème centro-lobulaire. Elle désire arrêter de fumer, mais un soutien médical associé à un traitement (Champix) est nécessaire ».
6. Par courrier du 27 mai 2015, l'assureur a confirmé que le traitement de Champix, figurant dans la liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA) selon la position 15.02 de l'index thérapeutique, restait à la charge des assurés.
7. Le 9 décembre 2015, le Dr B_____ a prié l'assureur de reconsidérer sa position, alléguant que
« l'assurée est connue pour tabagisme actif (21 à 30 cigarettes par jour ; environ 45 UPA) avec notamment comme conséquences secondaires une bronchite chronique et un emphysème centro-lobulaire secondaire. Je lui avais, à l'époque, dans un premier temps, prescrit la prise de Nicorette associée à un soutien psychologique qui s'était soldée par un échec. Dans ce contexte, je m'étais permis de lui prescrire un traitement de Champix. À noter qu'elle présente une dépendance très élevée aux cigarettes (test de Fagerstrom à 8 points) ».
8. Sur demande de l'assureur, le Dr B_____ a complété son rapport le 7 mars 2016. Il précise ainsi que selon les critères CIM 10, 4 des 6 points montrent une dépendance au tabac, à savoir :
 - forte envie ou désir impérieux de consommer du tabac
 - perte de contrôle sur le début, sur la fin ou sur la quantité de la consommation
 - symptômes de sevrage physique lors de la réduction ou de l'arrêt de la consommation de tabac

- maintien de la consommation de la substance malgré la preuve de méfaits évidents
9. Par courrier du 1^{er} avril 2016, l'assureur a fait part au Dr B_____, avec copie pour information à l'assurée, des modalités de prise en charge du médicament Champix, considérant, sur la base des nouvelles indications fournies, que l'assurée en remplissait les conditions. La garantie de prise en charge est valable pour une durée de douze semaines dès le 28 octobre 2014. Si le traitement se répétait après dix-huit mois, le Dr B_____ était invité à faire parvenir à l'assureur un nouveau rapport.
 10. Le 2 mai 2016, l'assureur a rappelé que le médicament Champix était pris en charge pour une durée de douze semaines, soit du 28 octobre 2014 au 20 janvier 2015, conformément à son courrier du 1^{er} avril 2016.
 11. Le 7 décembre 2016, sur demande du mandataire de l'assurée, l'assureur a transmis à ce dernier le relevé de prestations pour l'année 2015 mentionnant les montants non reconnus à hauteur de CHF 821.85 pour l'année 2015, étant précisé que le montant de CHF 2'081.81 correspond au montant total non reconnu, plus la franchise, la quote-part et la taxe journalière.
 12. Des poursuites ont été adressées à l'assurée auxquelles elle a formé opposition.
 13. Le 25 avril 2017, l'assureur a dressé la liste de ces poursuites.
 14. Par décision du 12 juin 2017, l'assureur a précisé les conditions auxquelles le sevrage tabagique par Champix est remboursé, et rappelé que l'assurée avait retiré « le premier emballage pour débiter son traitement le 28 octobre 2014. Le traitement a de ce fait été remboursé pour une durée de 12 semaines jusqu'au 20 janvier 2015, incluant les emballages retirés le 17 novembre 2014 et le 23 décembre 2014. Ces derniers lui ont été remboursés selon notre décompte de participations rectificatif 2014 du 11 avril 2016 ».
 15. L'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a formé opposition le 23 juin 2017. Elle rappelle que le Champix lui a été prescrit par son médecin traitant, que la somme de CHF 85.20 a été réglée par la Poste, que de plus les sommes de CHF 451.- pour 2015 et de CHF 358.- pour 2013 n'ont notamment pas été remboursées, et que le relevé des prestations médicales dispensées du 1^{er} janvier au 13 octobre 2016 est erroné et incomplet.
 16. Par décision du 25 septembre 2017, l'assureur a rejeté l'opposition, au motif qu'il n'accepte de prendre en charge le traitement Champix que dans le cadre de douze semaines par tranche de dix-huit mois.

Il indique que la somme de CHF 451.20 a été remboursée à l'assurée le 14 avril 2016 sur son compte bancaire. Il invite par ailleurs celle-ci à lui faire parvenir plus de détails quant à la nature du montant de son remboursement de CHF 358.-. Il constate enfin que le versement de CHF 85.20 ne lui est jamais parvenu.

17. L'assurée, par son Conseil, a interjeté recours le 25 octobre 2017 contre ladite décision sur opposition. Elle conclut à la prise en charge du traitement de Champix et à l'annulation des poursuites. Elle fait valoir que l'assureur est dans un premier temps entré en matière pour lui rembourser ce médicament, pour ensuite lui refuser le suivi du traitement.
18. Par courrier du 24 novembre 2017, l'assureur a sollicité une prolongation de délai pour le dépôt de sa réponse au recours.
19. Le 19 décembre 2017, l'assurée s'est indignée de ce que l'assureur a demandé un délai pour transmettre sa réponse, alors qu'il lui adresse sans délai des commandements de payer et des saisies sur rente. Elle se dit consciente que « cette pratique plus que discutable » n'est pas de la compétence de la chambre de céans, mais considérant qu'il « apparaît peu concevable que l'on puisse mettre en poursuite un assuré sans délai et que cette même assurance demande elle un délai de réponse », elle déclare ne pas accepter la teneur du courrier de l'assureur.
20. Dans sa réponse du 19 janvier 2018, l'assureur a confirmé son refus de prendre en charge le coût du médicament Champix entre le 21 janvier 2015 et le 28 avril 2016.
S'agissant de la question de savoir s'il était en droit de demander la restitution des coûts du produit Champix par le biais de décomptes de participation, l'assureur a rappelé qu'il avait fixé les modalités de paiement par courrier du 1^{er} avril 2016, de sorte qu'il lui aurait appartenu de notifier à l'assurée une décision de restitution jusqu'au 1^{er} avril 2017 au plus tard. Il aurait été en mesure à ce moment-là de constater que les coûts relatifs à l'achat du médicament entre le 21 janvier 2015 et le 28 avril 2016 ne seraient plus sujets à remboursement. En admettant que le délai de péremption (art. 25 al. 2 LPGA) ait commencé à courir à partir du courrier du 1^{er} avril 2016, l'expiration est du 1^{er} avril 2017. Jusqu'à cette date, il aurait dû et pu faire parvenir à l'assurée une décision de restitution. Ne l'ayant pas fait, la créance était échue à compter du 1^{er} avril 2016. L'assureur renonce dès lors à faire valoir la restitution des montants.
Pour ce motif, il a prié l'office des poursuites d'annuler la poursuite n° 16869277. Il considère en revanche que les poursuites n° 15818085 et n° 16326554 se justifient, puisqu'elles concernent des créances reposant sur des participations aux coûts impayées par l'assurée et les frais y relatifs, étant précisé que l'assurée ne les a pas contestées.
L'assureur conclut, au vu de ce qui précède, au rejet partiel du recours.
21. La réponse de l'assureur a été communiquée à l'assurée le 22 janvier 2018 et un délai au 15 février 2018 lui a été accordé pour ses observations.
Celle-ci ne s'est pas manifestée.
22. Par courrier du 6 juin 2018, son mandataire est intervenu auprès de la chambre de céans pour savoir où en était la procédure.

La chambre de céans lui a rappelé que l'assurée ne s'était pas déterminée dans le délai qui lui avait été imparti pour faire valoir sa réplique, et l'a informé que la cause avait été, partant, gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Déposé dans le délai et la forme requis, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
4. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative, et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 244 consid. 2a ; ATF 117 V 295 consid. 2a ; voir aussi ATF 122 V 36 consid. 2a). Par ailleurs, l'autorité de recours n'examine les questions formant l'objet du litige, mais qui ne sont pas contestées, que s'il existe des motifs suffisants de le faire au regard des allégations des parties ou d'indices ressortant du dossier (ATF 125 V 417 consid. 2c).

5. Le litige porte sur le droit de l'assureur de refuser la prise en charge du médicament Champix par l'assurance obligatoire des soins au-delà du 20 janvier 2015 et jusqu'au 28 avril 2016.

Il y a à cet égard lieu de préciser que dans ses écritures du 19 janvier 2018, l'assureur a expressément renoncé à faire valoir la restitution des coûts du médicament Champix entre le 21 janvier 2015 et le 28 avril 2016 par le biais de décomptes de participation (système du tiers payant). Il a par ailleurs demandé à l'office des poursuites d'annuler la poursuite n° 16 869277 D, et rappelé que les poursuites n° 15818085 et n° 16326554 ne portaient pas sur le remboursement du médicament Champix, ce que l'assurée n'a pas contesté. La chambre de céans en prend acte.

6. Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire de soins 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 médicaments prescrits par un médecin (al. 2 let. b). Conformément à l'art. 34 al. 1 LAMal, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33.

L'art. 32 LAMal précise que

« ¹ Les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques.

² L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement ».

L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 130 V 532 consid. 2.2; 128 V 159 consid. 5c/aa). L'efficacité d'un médicament – soit son utilité thérapeutique – doit être démontrée de manière scientifique. À cet égard, il ne suffit pas de se fonder sur les résultats concrets du traitement dans un cas isolé mais bien d'apprécier l'efficacité des résultats obtenus par un traitement de manière générale et non en fonction d'un cas isolé. En sus des méthodes purement scientifiques, on peut également se fonder par exemple sur des statistiques. L'essai clinique est la méthode la plus fiable pour amener la preuve de l'efficacité, mais les effets d'une thérapie doivent pouvoir être constatés de manière objective, le résultat doit être reproductible, et le lien de causalité entre l'agent thérapeutique et son effet doit être démontré (ATF 133 V 115 consid. 3.2.1). En matière de formation scolaire spéciale de l'assurance-invalidité, le Tribunal fédéral a par exemple admis que le caractère scientifiquement reconnu d'une méthode pouvait ressortir d'une expertise ou de la littérature spécialisée (ATF 123 V 53 consid. 2 b/cc). Si la notion du caractère scientifiquement reconnu a été remplacée par celle de l'efficacité lors de la révision de l'assurance-maladie afin de tenir

compte des traitements relevant de médecines complémentaires (Message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 77 p. 140), cette jurisprudence reste néanmoins valable en tant qu'elle porte sur la nature des preuves scientifiques admissibles.

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).

7. a. Pour garantir que les prestations prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire remplissent les exigences de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique, l'art. 33 LAMal prévoit un système pour désigner les prestations susceptibles d'être prises en charge. Ce système distingue selon le type de fournisseurs de prestations et/ou selon la nature de la prestation dispensée et est concrétisé par l'art. 33 OAMal (ATF 129 V 167 consid. 3.2 p. 170). En ce qui concerne les prestations énumérées à l'art. 25 al. 2 let. b LAMal (analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques), le législateur a prévu un système dit de liste positive, qui est à la fois exhaustif et contraignant, à la différence du catalogue de certaines prestations fournies par les médecins de l'Annexe 1 à l'OPAS (cf. ATF 130 V 532 consid. 3.4; 129 V 167 consid. 3.4 p. 172 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_912/2010).
- b. 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 ne sont pas à la charge de l'assurance obligatoire ou ne le sont qu'à certaines conditions (art. 33 let. a OAMal , art. 1 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 [Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS ; RS 832.112.31] et son annexe 1).
- c. Conformément à l'art. 52 al. 1 let. b LAMal (en corrélation avec les art. 34 et 37e OAMal), l'Office fédéral de la santé publique, après avoir consulté la Commission fédérale des médicaments et conformément aux principes des

art. 32 al. 1 et 43 al. 6 LAMal, établit une liste, avec des prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés (liste des spécialités, annexe 4 de l'OPAS). 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 p. 158 consid. 2d; Gebhard 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 32 consid. 5.2 ; K 156/01 consid. 3.3.1 ; ATF 128 V 159).

8. La liste des spécialités a un caractère à la fois exhaustif et contraignant. La prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire d'une prestation correspondant à une analyse, un appareil ou un moyen, ou encore un produit thérapeutique suppose en principe que l'analyse, respectivement le moyen, l'appareil ou le médicament en cause, figure dans la liste des analyses (LAna, annexe 3 de l'OPAS), respectivement la liste des moyens et appareils (LiMA, annexe de l'OPAS) ou la liste des spécialités. En d'autres termes, le système légal exclut la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une prestation sous forme d'analyse, d'appareil, de moyen ou encore de produit thérapeutique si elle n'est pas mentionnée dans la LAna, respectivement la LiMA ou la liste des spécialités (RAMA 2003 p. 299, consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 147/06 du 9 janvier 2008 consid. 4.1). En particulier, même si un médicament, qui ne figure pas sur la liste des spécialités (ou la liste des médicaments avec tarif) est prescrit par un médecin et est efficace, approprié et économique au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal, il n'a pas à être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (ATF 134 V 83 consid. 4.1).
9. L'annexe 4 de l'OPAS prévoit la prise en charge du Champix « lorsque le comportement tabagique remplit les critères du syndrome de dépendance selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders version IV (DSM IV) ou l'International Classification of Diseases (ICD), et que vient s'ajouter un facteur aggravant répondant à l'un des critères suivants:
 - présence d'une maladie due au tabagisme ou
 - présence d'une dépendance avec un score de 6 ou plus au test de Fagerström.Pour les patients à partir de 18 ans qui sont motivés pour arrêter de fumer avec Champix et qui bénéficient des conseils et du suivi d'un professionnel de la santé. Le remboursement porte sur un traitement unique de 12 semaines par tranche de 18 mois ».
10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou

envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).

11. En l'espèce, le médicament Champix a été prescrit par le Dr B_____. Il n'est pas contesté que les conditions mentionnées à l'annexe 4 de l'OPAS soient réalisées. L'assureur a du reste accepté de rembourser le coût de ce médicament.

Il a toutefois refusé d'aller au-delà du 20 janvier 2015, ce à juste titre.

Force est en effet de constater qu'il s'est ce faisant conformé à la limitation temporelle prévue, selon laquelle le remboursement porte sur un traitement unique de 12 semaines par tranche de 18 mois.

L'assurée a en l'occurrence retiré le premier emballage le 28 octobre 2014.

La tranche de dix-huit mois court jusqu'au 28 avril 2016, de sorte qu'il y a lieu de confirmer qu'aucun remboursement ne peut intervenir entre le 21 janvier 2015 et le 28 avril 2016.

12. Aussi le recours est-il rejeté.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Prend acte de ce que l'assureur renonce à faire valoir la restitution des montants versés en remboursement du médicament Champix entre le 21 janvier 2015 et le 28 avril 2016.
3. Prend acte de ce qu'il a demandé à l'office des poursuites d'annuler la poursuite n° _____.
4. Rejette le recours pour le surplus.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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