Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause
{T 7}
K 83/03

Arrêt du 10 octobre 2003
IIe Chambre

Composition
Mme et MM. les Juges Widmer, Ursprung et Frésard. Greffière : Mme Gehring

Parties
D._____, recourant, représenté par Me Mauro Poggia, avocat, rue De-Beaumont 11, 1206 Genève,

contre

Mutuelle Valaisanne, Administration, rue du Nord 5, 1920 Martigny, intimée

Instance précédente
Tribunal administratif de la République et canton de Genève, Genève

(Jugement du 10 juin 2003)

Faits:
A.
D._____, né en 1955, est assuré auprès de la Mutuelle Valaisanne (ci-après: la caisse) notamment pour l'assurance obligatoire des soins et l'assurance des soins complémentaires (assurance complémentaire SC). Souffrant du syndrome immuno-déficitaire acquis, un traitement associant le ZIAGEN au COMBIVIR lui a été prescrit jusqu'à la fin de l'année 2000. A partir du mois de janvier 2001, le docteur B._____, médecin traitant, a remplacé cette médication par la prise du TRIZIVIR.

Au cours des mois de mars et avril 2001, D._____ s'est vu délivrer quatre emballages de ce médicament. La caisse en a refusé la prise en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, motif pris que le TRIZIVIR n'a été enregistré sur la liste des spécialités (ci-après: LS) qu'à partir du 1er juillet 2001 et que les prescriptions antérieures ne sont par conséquent pas couvertes par cette assurance mais par l'assurance des soins complémentaires. D._____ ayant dépassé dès le début de l'année 2001 la limite annuelle de cette couverture, la caisse lui a adressé, le 23 août 2001, une facture pour participations d'un montant de fr. 7'717 fr. 40. Faute de paiement, elle lui a fait notifier un commandement de payer en date du 4 juillet 2002 et par décision du 30 juillet suivant, levé l'opposition formée contre celui-ci. D._____ ayant derechef formé opposition, la caisse a confirmé son point de vue par décision du 18 septembre 2002 confirmée sur opposition le 14 novembre suivant.
B.
Par jugement du 10 juin 2003, le Tribunal administratif de la République et Canton de Genève (aujourd'hui, en matière d'assurances sociales, le Tribunal cantonal des assurances sociales) a rejeté le recours formé par D._____ contre cette décision.
C.
D._____ interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont il requiert l'annulation, en concluant, sous suite de dépens, principalement à ce que la Mutuelle Valaisanne soit condamnée à prendre à sa

charge le coût du TRIZIVIR qui lui a été délivré aux mois de mars et avril 2001, subsidiairement au renvoi de la cause à l'autorité cantonale pour nouvelle décision.

La caisse intimée conclut au rejet du recours, tandis que l'Office fédéral des assurances sociales a renoncé à se déterminer.

Considérant en droit:
1.
La loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, entrée en vigueur au 1er janvier 2003, n'est pas applicable au présent litige, dès lors que le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse du 14 novembre 2002 (ATF 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b).
2.
Le TRIZIVIR figure sur la LS depuis le 1er juillet 2001. La présente cause doit cependant être examinée en regard de la situation juridique prévalant au moment de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 126 V 166 consid. 4b, 121 V 100 consid. 1a; voir également, en ce qui concerne la LS, RAMA 2001 KV 158 p. 162 consid. 6c). En ce sens, l'inscription sur la LS est dépourvue d'effet rétroactif. En l'occurrence, les prescriptions du médecin traitant datent des mois de mars et avril 2001. Il s'agit dès lors d'examiner s'il incombe néanmoins à l'intimée de prendre à sa charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, les frais du médicament bien qu'il ne figurât pas encore sur la LS.
3.
L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 (art. 24 LAMal). A ce titre, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 (art. 34 al. 1 LAMal).

Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des 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 analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien (al. 2 let. b). Les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques; l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal).

Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix. Dans les cas prévus par la loi, les tarifs et les prix sont fixés par l'autorité compétente, qui veille à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible (art. 43 al. 1, 4 et 6 LAMal).
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 prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés (liste des spécialités); celle-ci doit également comprendre les génériques meilleur marché qui sont interchangeables avec les préparations originales. Conformément à 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.
4.
Dans l'arrêt non publié W. du 1er septembre 2003 (K 63/02), le Tribunal fédéral des assurances a jugé que la LS avait un caractère exhaustif et obligatoire. La loi exclut donc en principe la prise en charge de médicaments qui n'y figurent pas (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]/Soziale Sicherheit, p. 64 n°126). Admettre le contraire en ce sens que les assureurs-maladie soient contraints, selon les cas, d'évaluer le caractère efficace, approprié et économique d'un médicament hors liste équivaudrait à vider cette dernière de son sens et soulèverait au demeurant le problème de l'éventuel effet préjudiciel rattaché à une telle décision. Il est vrai qu'un certain nombre de médicaments hors liste sont susceptibles de traiter de manière tout aussi efficace, appropriée et économique, les mêmes affections qu'un médicament enregistré. Il reste que les procédures d'admission peuvent s'avérer relativement longues et néanmoins s'achever par une décision négative, ce qui peut paraître insatisfaisant lorsque le motif de refus repose sur un critère de nature exclusivement économique. Ce nonobstant, de tels inconvénients sont une conséquence

inhérente au système légal.
5.
Le recourant fonde l'essentiel de son argumentation sur le fait que le TRIZIVIR n'est pas à proprement parler un médicament nouveau. Il s'agit, selon lui, du résultat de l'association de deux médicaments inscrits depuis longtemps sur la LS, à savoir le COMBIVIR et le ZIAGEN. Il n'en reste pas moins que, sous l'angle juridique, le TRIZIVIR doit être considéré comme un nouveau médicament, qui a été soumis à la procédure d'admission selon les art. 31 ss OPAS, procédure qui implique notamment un examen du caractère économique (art. 34 OPAS). Comme tout autre médicament, sa prise en charge par les assureurs est subordonnée à son admission sur la LS (voir également, à propos des médicaments qui se présentent sous plusieurs formes galéniques ou sous différents emballages ou dosages: Gebhard Eugster, op. cit., ch. 127). A cet égard d'ailleurs et de manière générale, le médecin assume un devoir d'information minimale en matière économique. Il lui appartient d'attirer l'attention du patient lorsqu'il sait qu'un traitement, une intervention ou ses honoraires ne sont pas couverts par l'assurance-maladie ou lorsqu'il éprouve ou doit éprouver des doutes à ce sujet. Ce devoir d'information découle de son obligation contractuelle à l'égard du
patient (ATF 119 II 456; voir également Gabrielle Steffen, Droit aux soins et rationnement, thèse Berne 2002, p. 339-340 et les références).
6.
Le recourant demande que la caisse soit condamnée à prendre au moins en charge le coût équivalent du traitement antérieur dont il n'aurait pu faire l'économie compte tenu de son état de santé. En ce domaine, il n'existe pas de droit à la substitution de la prestation en ce sens que l'assurance-maladie devrait se laisser imputer une prestation non obligatoirement à sa charge de par la loi en lieu et place d'une prestation légale (cf. ATF 126 V 332 sv., consid. 1b et les références; arrêt K 63/02, déjà cité, consid. 3.3; contra : Eugster, op.cit., ch. 127).
7. Il n'y a pas lieu, par ailleurs, d'examiner si le traitement litigieux devrait ou non être pris en charge en vertu de l'assurance complémentaire SC souscrite par le recourant. Le juge des assurances sociales n'est pas compétent, en effet, pour connaître des litiges, de nature privée, susceptibles survenir dans le cadre d'assurances-maladie complémentaires entre assureurs et assurés (ATF 124 V 135 consid. 3 et les références).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce:
1.
Le recours est rejeté.
2.
Il n'est pas perçu de frais de justice.
3.
Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal cantonal genevois des assurances sociales et à l'Office fédéral des assurances sociales.
Lucerne, le 10 octobre 2003
Au nom du Tribunal fédéral des assurances
La Juge présidant la IIe Chambre: La Greffière: