Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}

9C 456/2013

Arrêt du 15 novembre 2013

IIe Cour de droit social

Composition
MM. et Mmes les Juges fédéraux Kernen, Président, Meyer, Borella, Pfiffner et Glanzmann.
Greffier: M. Piguet.

Participants à la procédure
CSS Assurance-maladie SA,
Tribschenstrasse 21, 6005 Lucerne,
recourante,

contre

C._____,
représentée par Me Marc Mathey-Doret, avocat,
intimée.

Objet
Assurance-maladie (prestations; moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques),

recours contre le jugement de la Cour de justice de la République et canton de Genève, Chambre des assurances sociales, du 14 mai 2013.

Faits:

A.
C._____ est assurée auprès de CSS Assurance-maladie SA (ci-après: la CSS) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.
Le 10 mars 2011, l'assurée a subi une intervention chirurgicale consistant en la pose d'une prothèse unicompartimentale du genou droit. Des complications s'en sont ensuivies, sous la forme d'abord d'un important hématome, lequel a nécessité une reprise de l'opération en urgence le 17 mars 2011, puis sous la forme d'une arthrofibrose et d'une ankylose massive, lesquelles ont amené à pratiquer le 5 octobre 2011 une arthrolyse complexe extensive.
Afin de favoriser sa rééducation et de lui permettre de recouvrer la mobilité de son genou, l'assurée s'est vu prescrire du 9 avril au 21 décembre 2011 l'utilisation d'une attelle motorisée Kinetec. La CSS a accepté de prendre en charge la location de cet appareil pour une période maximale de soixante jours, en expliquant à l'assurée qu'elle n'était pas autorisée, en vertu de la limitation énoncée dans la liste des moyens et appareils pris obligatoirement en charge par l'assurance-maladie sociale (LiMA), à étendre la période de remboursement au-delà de cette période.
Par décision du 22 juin 2012, confirmée sur opposition le 19 octobre suivant, la CSS a notifié formellement à l'assurée que la prise en charge de l'attelle Kinetec était limitée à une durée de soixante jours.

B.
Par jugement du 14 mai 2013, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice de la République et canton de Genève a partiellement admis le recours au sens des considérants, annulé la décision sur opposition du 19 octobre 2012, en tant que celle-ci limitait la prise en charge de la location de l'attelle Kinetec à soixante jours, et condamné la CSS à verser à l'assurée les prestations dues pour la location de l'attelle Kinetec pour la période courant du 8 juin au 21 décembre 2011.

C.
La CSS interjette un recours en matière de droit public et un recours constitutionnel subsidiaire contre ce jugement dont elle demande l'annulation. Elle conclut à la confirmation de la décision sur opposition du 19 octobre 2012.
C._____ conclut au rejet du recours, tandis que l'Office fédéral de la santé publique a renoncé à se déterminer.

Considérant en droit:

1.
La décision attaquée ayant été rendue dans une cause de droit public (art. 82 let. a LTF) et dans une matière - le droit fédéral des assurances sociales - où aucune des clauses d'exception de l'art. 83 LTF ne s'applique, la voie du recours en matière de droit public est ouverte. Partant, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur le recours constitutionnel subsidiaire interjeté par la recourante.

2.
Le recours en matière de droit public peut être formé pour violation du droit, tel qu'il est délimité par les art. 95 et 96 LTF. Le Tribunal fédéral applique le droit d'office (art. 106 al. 1 LTF), sans être limité par les arguments de la partie recourante ou par la motivation de l'autorité précédente. Le Tribunal fédéral n'examine en principe que les griefs invoqués, compte tenu de l'exigence de motivation prévue à l'art. 42 al. 2 LTF, et ne peut aller au-delà des conclusions des parties (art. 107 al. 1 LTF). Il fonde son raisonnement sur les faits retenus par la juridiction de première instance (art. 105 al. 1 LTF) sauf s'ils ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l'art. 95 LTF (art. 105 al. 2 LTF). La partie recourante qui entend s'écarter des faits constatés doit expliquer de manière circonstanciée en quoi les conditions de l'art. 105 al. 2 LTF sont réalisées sinon un état de fait divergent ne peut être pris en considération. Aucun fait nouveau ni preuve nouvelle ne peut être présenté à moins de résulter de la décision de l'autorité précédente (art. 99 al. 1 LTF).

3.

3.1. La juridiction cantonale a constaté que la prise en charge de la location d'une attelle Kinetec pour une durée totale de soixante jours épuisait les possibilités prévues par la LiMA. Néanmoins, elle a estimé que l'utilisation de l'attelle Kinetec s'insérait dans le cadre d'un "complexe thérapeutique" ayant pour but la rééducation de la mobilité du genou. Le caractère indispensable de cette mesure importait toutefois moins que les critères de l'art. 32 al. 1 LAMal. Au vu du succès thérapeutique obtenu, l'utilisation médicalement prescrite de l'attelle Kinetec au-delà d'une durée de soixante jours avait été non seulement efficace et appropriée, mais s'était également révélée économique en permettant de compléter et maintenir entre les séances de physiothérapie les bienfaits de celle-ci, et ce pour un coût inférieur auxdites séances. Il se justifiait par conséquent de prendre en charge les frais de location de l'appareil au-delà du soixantième jour.

3.2. La recourante reproche en substance à la juridiction cantonale d'avoir violé le droit fédéral, en considérant que la location d'une attelle Kinetec pouvait être prise en charge au-delà d'une durée de soixante jours. Si la LiMA prévoyait une prise en charge pour une durée déterminée avec possibilité de prolongation limitée, cela signifiait que le législateur avait entendu régler l'ensemble des cas et ne pas donner la possibilité à l'assureur-maladie ou à l'assuré de contrecarrer cette règle et d'ouvrir la porte à l'octroi sans limite d'exceptions. L'emploi de l'attelle Kinetec ne s'insérait par ailleurs pas dans le cadre d'un "complexe thérapeutique", faute de l'existence d'un rapport étroit de connexité, la mesure préconisée n'étant pas indispensable

au traitement de base à charge de l'assurance obligatoire des soins et indissociable des autres mesures mises en place.

4.

4.1. Selon l'art. 25 al. 2 let. b LAMal, les prestations dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins 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. Selon l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner en détail 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. S'agissant des prestations énumérées à l'art. 25 al. 2 let. b LAMal, le Département fédéral de l'intérieur (DFI), auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour la compétence mentionnée (art. 33 al. 5 LAMal en corrélation avec les art. 33 let. e et 34 OAMal), a, à la différence du catalogue de certaines prestations fournies par les médecins de l'annexe 1 à l'OPAS, prévu un système dit de liste positive (cf. ATF 129 V 167 consid. 3.4 p. 172). Tant la liste des analyses (LA; art. 52 al. 1 let. a ch. 1 LAMal; art. 34 et art. 60 à 62 OAMal; art. 28 OPAS; annexe 3 à l'OPAS) que la liste des médicaments avec tarifs (LMT; art. 52 al. 1 let. a ch. 2 LAMal; art. 34 et 63
OAMal; art. 29 OPAS; annexe 4 à l'OPAS), la liste des spécialités (LS; art. 52 al. 1 let. b LAMal; art. 34 et art. 64 à 75 OAMal; art. 30 à 38 OPAS) et la liste des appareils et moyens (LiMA; art. 52 al. 1 let. a ch. 3 LAMal; art. 33 let. e OAMal; art. 20 à 24 OPAS; annexe 2 à l'OPAS) constituent des listes positives de prestations. Celles-ci ont pour caractéristique d'être à la fois exhaustives et contraignantes, parce que les assureurs-maladie ne peuvent, en vertu de l'art. 34 al. 1 LAMal, prendre en charge que les prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal. 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, de médicament ou encore d'appareil ou de moyen, qui n'est pas mentionnée dans la LA, respectivement la LMT, la LS ou la LiMA (pour les analyses: arrêt K 55/05 du 24 octobre 2005 consid. 1.3; pour les médicaments: ATF 136 V 395 consid. 5.1 p. 398; 134 V 83 consid. 4.1 p. 85; 131 V 349 consid. 2.2 p. 351; 130 V 532 consid. 3.4 p. 540; voir également arrêts K 156/01 du 30 octobre 2003 consid. 3.2.1, in RAMA 2004 n°KV 272 p. 109, et K 63/02 du 1er septembre 2003 consid. 3.2, in RAMA 2003 n°KV 260 p. 299; pour les appareils et moyens: ATF
136 V 84 consid. 2.2 p. 86; voir également arrêts 9C 216/2012 du 18 décembre 2012 consid. 2.2, in SVR 2013 KV n°12 p. 60, 9C 92/2012 du 12 avril 2012 consid. 4.1, in SVR 2012 KV n°19 p. 69, et K 157/00 du 5 novembre 2001 consid. 3b, in RAMA 2002 n°KV 196 p. 7).

4.2. L'assurance obligatoire des soins octroie un remboursement pour les moyens et appareils thérapeutiques ou diagnostiques visant à surveiller le traitement d'une maladie et ses conséquences, remis sur prescription médicale par un centre de remise au sens de l'art. 55 OAMal et utilisé par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement (art. 20 OPAS). L'obligation de prise en charge et l'étendue de la rémunération des moyens et appareils sont définies par le DFI, après consultation de la Commission fédérale des analyses, moyens et appareils et conformément aux principes des art. 32 al. 1 et 43 al. 6 LAMal (art. 52 al. 1 let. a ch. 3 LAMal en corrélation avec les art. 33 let. e et 37f OAMal). Les moyens et appareils admis sont répertoriés dans la LiMA par nature et par groupe de produits (art. 20a al. 1 OPAS). L'admission sur la liste peut être assortie d'une condition limitative. Celle-ci peut notamment se rapporter à la quantité, à la durée d'utilisation, à l'indication médicale ou à l'âge de l'assuré (art. 22 OPAS). Les moyens et appareils ne sont remboursés que jusqu'à concurrence du montant fixé d'un moyen ou d'un appareil de la même catégorie qui figure sur la
liste (art. 24 al. 1 OPAS; ATF 136 V 84 consid. 2.3.1 p. 87).

4.3. Selon la position n°30.03.01.00.2 de la LiMA, la location d'une attelle de mobilisation active pour le genou est prise en charge à raison d'un montant de 8 fr. 55 par jour. La prise en charge est limitée à trente jours, laquelle peut être prolongée de trente jours au maximum sur indication médicale.

5.
Il n'est pas contesté que les prestations allouées par la recourante, en tant qu'elles couvrent la prise en charge

de l'attelle Kinetec pour une période de soixante jours, respectent le cadre défini par la LiMA. Est litigieuse la question de savoir si l'intimée peut prétendre à une prise en charge plus étendue de la part de l'assurance obligatoire des soins.

5.1. Pour pouvoir être reconnus comme prestations au titre de l'art. 25 al. 2 let. b LAMal, les moyens et appareils doivent, de façon générale ou dans le cadre d'un traitement particulier, répondre à des nécessités diagnostiques, thérapeutiques ou de soins, ou bien encore servir à la réadaptation médicale (cf. Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd. 2007, n°628 p. 607). Par définition, l'emploi d'un moyen ou d'un appareil diagnostique ou thérapeutique est indissociable d'un traitement médical préventif, curatif ou palliatif. La prise en charge de ce type de prestations s'inscrit donc nécessairement dans une solution thérapeutique globale; celle-ci ne saurait être confondue avec la notion de "complexe thérapeutique" au sens défini par la jurisprudence (cf. infra consid. 5.2). Le simple emploi d'un moyen ou d'un appareil diagnostique ou thérapeutique ne saurait par conséquent justifier l'application des principes liés à la notion de "complexe thérapeutique" et permettre la prise en charge d'une mesure pour laquelle il n'existe légalement aucune obligation de prise en charge ou seulement une obligation limitée. Une telle manière de procéder reviendrait en
effet à vider de son sens le système de la liste exhaustive et contraignante mis en place par le législateur.

5.2. La jurisprudence admet l'application des principes liés à la notion de "complexe thérapeutique" lorsqu'il existe un rapport de connexité qualifié, soit lorsque la mesure qui n'est pas prise en charge par l'assurance obligatoire des soins constitue une condition indispensable à l'exécution de prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (ATF 130 V 532 consid. 6 p. 544; voir également arrêt K 206/97 du 11 mai 1998 consid. 3b, in RAMA 1998 n°K 991 p. 302). En l'espèce, on ne saurait toutefois considérer que l'emploi d'une attelle Kinetec constituait un préalable nécessaire et inévitable à la réussite du traitement dont faisait l'objet l'intimée. Quand bien même l'usage de l'attelle Kinetec a pu constituer un apport indéniable en complément des autres mesures mises en oeuvre (rapport du docteur Sadri du 30 mars 2012), le succès de la rééducation n'était pas conditionné à l'usage de celle-ci, mais était réalisable, comme le souligne la recourante, par d'autres moyens thérapeutiques pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, tels que des séances de physiothérapie. Il suit de là que le processus global de rééducation mis en place en l'espèce ne pouvait être assimilé à un "complexe thérapeutique" au
sens entendu par la jurisprudence.

5.3. Compte tenu de la grande retenue que s'impose le Tribunal fédéral dans le contrôle de la légalité et de la constitutionnalité des listes positives de prestations établies par le DFI (ATF 129 V 167 consid. 3.4 p. 173 in fine, 124 V 185 consid. 6 p. 195), il n'y a pas lieu non plus de s'interroger sur le bien-fondé de la limitation temporelle prévue par la LiMA pour la prise en charge de la location d'une attelle de mobilisation active du genou. Préalablement à leur admission dans la LiMA, les moyens et appareils diagnostiques et thérapeutiques font l'objet, par le biais du DFI et de la Commission fédérale des analyses, moyens et appareils, d'un examen sous l'angle des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Faute d'indices permettant de penser que la limitation critiquée serait la conséquence d'une lacune manifeste ou reposerait sur des considérations arbitraires de la part du législateur, il n'y a pas place pour substituer une autre appréciation à celle de l'autorité compétente, et ce d'autant moins lorsqu'elle est fondée sur l'avis de spécialistes.

5.4. Sur le vu de ce qui précède, la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une attelle de mobilisation active du genou Kinetec ne saurait dépasser une période de soixante jours, conformément à la position n°30.03.01.00.2 de la LiMA.

6.
Le recours en matière de droit public se révèle bien fondé. Vu l'issue du litige, les frais de justice seront supportés par l'intimée qui succombe (art. 66 al. 1 LTF). La recourante, qui a conclu à l'octroi de dépens, ne saurait toutefois en prétendre, aucuns dépens n'étant alloués en règle générale aux organisations chargées de tâches de droit public (art. 68 al. 3 LTF ; ATF 134 V 340 consid. 7 p. 351).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:

1.
Le recours constitutionnel subsidiaire est irrecevable.

2.
Le recours en matière de droit public est admis. La décision de la Cour de justice de la République et canton de Genève, Chambre des assurances sociales, du 14 mai 2013 est annulée et la décision sur opposition de la CSS Assurance-maladie SA du 19 octobre 2012 confirmée.

3.
Les frais judiciaires, arrêtés à 500 fr., sont mis à la charge de l'intimée.

4.
Le présent arrêt est communiqué aux parties, à la Cour de justice de la République et canton de Genève, Chambre des assurances sociales, et à l'Office fédéral de la santé publique.

Lucerne, le 15 novembre 2013
Au nom de la IIe Cour de droit social
du Tribunal fédéral suisse

Le Président: Kernen

Le Greffier: Piguet