

S2 23 2

ARRÊT DU 18 FÉVRIER 2025

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Véronique Largey, greffière

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Aba Neeman, avocat, Monthey

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, intimée

(art. 52 al. 1 let. b LAMal, art. 71a al. 1 let. b et art. 73 OAMal, liste des spécialités [LS] ; admission d'un médicament dans la LS avec une limitation, prise en charge d'un médicament « hors étiquette »)

Faits

A. X _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, bénéficie d'une assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) auprès de Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après : Mutuel, l'assurance ou l'intimée) (pièce 1 du dossier déposé par Mutuel, d'où toutes les pièces mentionnées ci-dessous sont, sauf indication contraire, tirées).

Le 3 février 2022, la Dresse A _____ de la B _____ a fait état chez l'assuré d'une obésité de stade II avec un BMI (« body mass index ») de 39.1 kg/m² (poids : 117 kg, taille 173 cm), ainsi que de plusieurs comorbidités, dont un trouble mixte de la personnalité avec des troubles dépressifs majeurs. Sous le traitement habituel figurait du Seroquel 25 mg. Cette praticienne a envisagé la prescription du médicament Saxenda afin de favoriser la perte pondérale, de contrôler les comorbidités et de réduire les risques associés à l'obésité (pièce 3a).

Le même jour, elle a adressé au médecin-conseil de l'assurance un formulaire-type de demande de première garantie de prise en charge du médicament Saxenda (liraglutide 3.0 mg) pour le traitement de l'obésité. Il y était indiqué que le traitement devait être arrêté chez les patients dont l'IMC (indice de masse corporelle) était supérieur à 28 et inférieur à 35 et qui n'avaient pas perdu au moins 5% de leur poids corporel initial après seize semaines de traitement, ainsi que chez les patients dont l'IMC était supérieur à 35 et qui n'avaient pas perdu au moins 7% de leur poids corporel initial après seize semaines de traitement (pièce 3b).

L'assurance a fait parvenir à la Dresse A _____, le 1^{er} mars 2022, une confirmation de remboursement de ce médicament par l'assurance obligatoire des soins, pour une durée de seize semaines dès la première prescription. Il a ajouté qu'à l'issue de ce délai, un certificat indiquant le nouvel IMC devait lui être transmis (pièce 4).

La Dresse A _____ a rapporté, le 15 juin 2022, soit à seize semaines du début du traitement au Saxenda, une obésité de stade II avec un BMI de 39.2 kg/m² (poids : 115.9 kg, taille 173 cm) ainsi qu'une bonne perte pondérale de 5.1% du poids de départ. Du Seroquel 25 mg était toujours mentionné à titre de traitement habituel. Elle a précisé que l'objectif de perte de 7% du poids corporel initial n'était pas atteint, probablement en lien avec le traitement psychiatrique de base (pièce 5).

A cette même date, elle a envoyé au médecin-conseil de l'assurance un formulaire-type de demande de garantie de prise en charge de Saxenda, en précisant qu'il s'agissait de la prise de connaissance concernant le contrôle de l'évolution du traitement après seize semaines et en mentionnant une réduction de poids de 5.1% (pièce 6).

Le médecin-conseil de l'assurance a répondu, le 29 juin 2022, que l'indication médicale pour laquelle le médicament avait été prescrit ne correspondait pas à la limitation de la liste des spécialités (LS) éditée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et que la prise en charge était ainsi refusée dès le 1^{er} juin 2022 (pièce 7).

Par courriel envoyé le 12 juillet 2022 au médecin-conseil de l'assurance, le service concerné de la B _____ a reconnu une erreur dans la mention du poids de l'assuré en date du 15 juin précédent et annexé le suivi diététique de celui-ci. Il en ressortait un poids de 119.6 kilos au début du traitement le 10 février 2022 et de 113.4 kilos le 15 juin 2022, soit une perte pondérale de 5.18% (pièce 10).

B. Sur la base des constatations faites par son médecin-conseil le 13 juillet 2022 (pièce 11), l'assurance a rendu une décision formelle le 19 juillet suivant. Elle a retiré l'effet suspensif d'une éventuelle opposition contre cette décision. Aux termes de celle-ci, la condition posée par la LS pour la poursuite de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins du médicament Saxenda après seize semaines, à savoir une perte de poids d'au moins 7% depuis le début de la médication, n'était pas remplie. Le remboursement de ce médicament était ainsi refusé dès le 1^{er} juin 2022 (pièce 12).

Le 13 septembre 2022, l'assuré, représenté par Me Aba Neeman, s'est opposé à cette décision. Il a reproché à l'assurance d'avoir mis fin au remboursement du Saxenda, sans tenir compte de la situation particulière liée à la prise du Seroquel qui avait fortement limité les effets du Saxenda. Il a précisé que depuis l'arrêt de ce dernier médicament, il avait repris environ quatre kilos, son poids actuel étant de 117.8 kilos. L'assuré a joint à son opposition un article d'un groupe de recherche en psychiatrie, publié le 13 août 2021 dans une revue scientifique au sujet des effets secondaires métaboliques de la quétiapine qui constituait le principe actif du Seroquel, tels que la prise de poids, le diabète, l'hypertension ou la dyslipidémie. Il a également produit une réponse donnée le 11 août 2022 à sa demande de renseignements par C _____ AG, fabricant du Seroquel, au sujet de la prise de poids induite par ce médicament et des interactions avec la liraglutide contenue dans le Saxenda. Selon cette réponse, une prise de poids, qualifiée de très fréquente, avait été rapportée auprès de 8% à 23% des patients adultes traités par la quétiapine. La liraglutide n'était pas mentionnée dans l'information

professionnelle actuelle en tant que médicament ayant une interaction avec la quétiapine. Était en outre annexée à l'opposition une attestation du Dr D _____, psychiatre et psychothérapeute, datée du 13 septembre 2022 et mentionnant que l'état de santé de l'assuré était incompatible avec la prescription du Seroquel, à cause des effets secondaires de prise de poids, et que pour cette raison, ce traitement avait été arrêté le jour même (pièce 13).

Dans son avis du 21 septembre 2022, le Dr E _____, spécialiste en médecine interne et médecin-conseil de l'assurance, a rappelé les conditions posées par la LS pour le remboursement de la poursuite du traitement au Saxenda. A la lecture du dossier médical à sa disposition, il en a déduit que ces conditions n'étaient pas remplies (pièce 16).

En tenant compte également de l'opposition du 13 septembre 2022 et de l'attestation rédigée à la même date par le Dr D _____, le médecin-conseil a émis un avis le 2 novembre suivant, dans lequel il a confirmé sa précédente conclusion. Il a toutefois ajouté qu'il fallait déterminer si la quétiapine avait joué un rôle dans la non-réponse au Saxenda, en établissant une perte de poids à l'arrêt de celle-ci, et qu'une réévaluation selon l'article 71a de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal) demeurerait possible, en cas de perte de poids à l'arrêt de la quétiapine (pièce 18).

Par décision du 30 novembre 2022, l'assurance a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 19 juillet précédent. Elle a retiré l'effet suspensif d'un éventuel recours contre sa décision sur opposition. Selon ses explications, l'indication médicale du Saxenda reconnue par Swissmédic et dans la LS correspondait à la régulation pondérale chez les patients adultes. Jusqu'au 31 mars 2023, la LS prévoyait des limitations de prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de ce médicament, notamment celle de l'arrêt du traitement chez les patients dont l'IMC était supérieur à 28 et inférieur à 35 et qui n'avaient pas perdu au moins 5% de leur poids corporel initial après seize semaines de traitement et chez les patients dont l'IMC était supérieur à 35 et qui n'avaient pas perdu au moins 7% de leur poids corporel initial après seize semaines de traitement. Or, l'assuré se trouvait dans ce dernier cas de figure, raison pour laquelle l'assurance avait refusé la poursuite de la prise en charge du Saxenda. Toujours à teneur de la LS, les patients qui, lors d'une première utilisation de Saxenda pendant seize semaines, n'atteignaient pas une réduction de poids d'au moins 5%, respectivement 7% de leur poids corporel initial (non-répondants) étaient totalement exclus d'un remboursement en cas de reprise du traitement. De plus, les conditions, exceptionnelles, de remboursement par l'assurance obligatoire des soins d'un médicament administré hors étiquette (ou

« Off-Label-Use ») au sens de l'article 71a OAMal et de la jurisprudence y relative, à savoir d'un médicament figurant dans la LS mais utilisé pour d'autres indications que celles autorisées par Swissmédic dans la notice destinée aux professionnels, n'étaient pas remplies en l'espèce. L'assurance a cependant repris la remarque de son médecin-conseil, à savoir qu'une réévaluation selon l'article 71a OAMal demeurait possible, en cas de perte de poids à l'arrêt de la quétiapine, en l'occurrence le 13 septembre 2022 (pièce 20).

C. Le 17 janvier 2023, X _____ a interjeté recours céans contre la décision sur opposition du 30 novembre 2022 en concluant, sous suite de frais et dépens, à titre provisionnel, à la prise en charge par l'assurance du traitement au Saxenda qu'il suivait à l'heure actuelle pour la durée de la procédure judiciaire, au fond, à l'admission du recours ainsi qu'à la réforme de la décision précitée dans le sens de la prise en charge par l'assurance du coût du traitement au Saxenda dès la décision du 19 juillet 2022 et, à titre subsidiaire, à l'admission du recours, à l'annulation de la décision sur opposition du 30 novembre 2022 et au renvoi de la cause à l'assurance pour nouvelle décision dans le sens de l'arrêt de la Cour de céans. Outre l'édition du dossier de l'assureur, le recourant a sollicité, à titre de moyens de preuve, son interrogatoire ainsi que l'audition de la Dresse A _____ et réservé la mise en œuvre d'une expertise sur les effets secondaires du Seroquel et des traitements psychiatriques, notamment concernant la régulation du poids corporel ainsi que les interactions (antagonistes) avec le Saxenda. Il a indiqué avoir recommencé depuis janvier 2023, à ses frais, le traitement au Saxenda. Il a au surplus repris l'argumentation de son opposition du 13 septembre 2022. D'après les allégations du recourant, dans son rapport de consultation du 15 juin 2022, la Dresse A _____ avait précisé qu'indéniablement, les effets du Saxenda avaient été réduits par le traitement psychiatrique de base, notamment par le Seroquel, et qu'en l'absence d'un tel traitement, il était certain que le recourant aurait perdu le 7% de son poids, en accord avec les prescriptions. La fin du traitement au Saxenda pouvait difficilement expliquer, à elle seule, les quatre kilos repris par la suite. C'était le traitement psychiatrique de base, avec le Seroquel arrêté en septembre 2022, qui avait eu un effet important sur cette prise de poids.

Dans sa réponse du 17 février 2023, l'assurance a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 30 novembre 2022. Elle a estimé qu'il ne devait pas être donné suite à la requête de mesures provisionnelles formulée par le recourant. L'intimée s'est ensuite référée à la jurisprudence relative au système de la LS, ainsi qu'aux principes de légalité et d'égalité

de traitement. Elle a relevé une nouvelle fois que, de manière d'ailleurs incontestée, le recourant ne remplissait pas la condition claire, posée par la LS pour la poursuite de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins du médicament Saxenda après seize semaines de traitement, à savoir une réduction d'au moins 7% de son poids initial, compte tenu de son IMC de plus de 35. Pour le surplus, les éléments invoqués par le recourant au sujet des interactions, éventuellement antagonistes, entre le Seroquel et le Saxenda, avaient bien été pris en considération par l'assurance, tant dans l'avis du médecin-conseil du 2 novembre 2022 que dans la décision sur opposition du 30 novembre suivant. Or, selon les informations transmises par le recourant lui-même, depuis la fin de son traitement au Saxenda et malgré l'arrêt du Seroquel le 13 septembre 2022, celui-ci avait repris le poids perdu durant la prise du Saxenda. L'arrêt du Seroquel n'ayant pas eu l'effet escompté sur le poids de l'assuré, celui-ci ne pouvait invoquer une réévaluation selon l'article 71a OAMal, telle qu'évoquée par le médecin-conseil dans l'avis précité en cas de perte de poids à l'arrêt de la quétiapine.

Par décision présidentielle du 3 mars 2023 rendue en la procédure S3 23 7, la demande de mesures provisionnelles formulée dans le recours du 17 janvier 2023 a été rejetée.

Dans ses écritures des 3 et 27 mars 2023, le recourant a apporté certaines précisions basées sur une attestation du Dr D _____ du 2 mars 2023, des rapports établis les 2 et 17 mars 2023 par la Dresse F _____ de la G _____ et un courriel de sa diététicienne du 16 mars 2023. Le traitement au Seroquel avait été arrêté le 13 septembre 2022 mais un sevrage de ce médicament avait été instauré durant trois mois, soit jusqu'à la mi-décembre 2022. Le recourant ne pouvait donc perdre immédiatement du poids à la suite de l'arrêt du Seroquel. Contrairement à l'allégation de l'intimée, l'arrêt du Seroquel avait eu l'effet escompté. Une fois ce sevrage terminé, le recourant avait repris le Saxenda dès le 13 janvier 2023. Il pesait alors 121 kilos. Le 1^{er} mars suivant, malgré une fracture de la cheville droite survenue le 7 janvier 2023 qui avait nécessité une immobilisation durant huit semaines, le recourant pesait 114 kilos, ce qui représentait une perte pondérale de 5.78%. En dépit de cette immobilisation, il avait pratiquement atteint l'objectif requis d'une réduction de poids de 7% en moins de la moitié du délai de seize semaines fixé par la LS. Dans le cas présent, le traitement au Saxenda était donc efficace et bel et bien en conflit avec celui au Seroquel, dont le terme effectif se situait à la mi-décembre 2022. Une perte de poids ayant été constatée depuis lors, l'article 71a OAMal était applicable et le Saxenda devait être pris en charge par l'assurance.

Le 22 juin 2023, l'intimée a maintenu sa position, en s'appuyant sur un rapport établi la veille par son directeur médical, le Dr H _____. A suivre son argumentation, la décision administrative déterminait l'objet de la contestation qui ne pouvait pas s'étendre ou se modifier qualitativement au fil des instances. En l'espèce, la question litigieuse était celle de savoir si c'était à juste titre qu'elle avait refusé, à compter du 1^{er} juin 2022, la poursuite de la prise en charge du médicament Saxenda après seize semaines de traitement, en considérant que les conditions prévues à cet effet par la LS n'étaient pas remplies. De plus, l'exception prévue par l'article 71a alinéa 1 lettre b OAMal n'était pas applicable en l'espèce. Aux termes de cette disposition, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'un médicament admis dans la liste des spécialités et utilisé pour une autre indication que celle autorisée par l'institut ou prévue par la limitation fixée dans la liste des spécialités, au sens de l'article 73, si l'usage du médicament permet d'escompter un bénéfice élevé contre une maladie susceptible d'être mortelle pour l'assuré ou de lui causer des problèmes de santé graves et chroniques et que, faute d'alternative thérapeutique, il n'existe pas d'autre traitement efficace autorisé. Or, une alternative thérapeutique existait en l'espèce, à savoir celle de changer de traitement psychotrope ou de l'arrêter, ce qui avait d'ailleurs été fait à la mi-décembre 2022. Sur cette base et compte tenu des rapports médicaux transmis, une prise en charge du Saxenda avait pu être envisagée pour une période postérieure à celle litigieuse, soit du 13 janvier au 5 novembre 2023. En revanche, pour la période litigieuse, l'intimée n'avait pas à répondre d'un traitement mal coordonné entre le médecin traitant et le psychiatre responsable de la prescription du Seroquel.

Dans son écriture du 23 août 2023, le recourant a objecté qu'il souffrait d'un trouble mixte de la personnalité avec des troubles dépressifs majeurs et qu'un arrêt immédiat du Seroquel, de même qu'un changement de psychotrope, ne constituaient pas des alternatives thérapeutiques adaptées. De plus, au vu du risque accru de mortalité en lien avec son obésité, les médecins ne pouvaient attendre le terme du traitement au Seroquel avant de commencer celui au Saxenda. Ce dernier médicament avait eu des effets positifs sur la santé du recourant même pendant la prise du Seroquel. L'arrêt du Saxenda à la suite du refus par l'assurance d'en poursuivre le remboursement avait entraîné une reprise immédiate du poids perdu durant ce traitement et remis le recourant en danger de mortalité. Depuis la reprise du Saxenda en janvier 2023, la perte de poids avait évolué de manière favorable pour atteindre l'objectif fixé par la LS. En conséquence, étant donné le bénéfice élevé procuré par le Saxenda contre une maladie susceptible d'être mortelle et l'absence d'alternative thérapeutique, l'intimée aurait dû rembourser ce médicament sur la base de l'article 71a OAMal.

L'échange d'écritures a été clos le 24 août 2023.

Dans un courrier du 13 novembre 2023, le recourant a indiqué que depuis l'arrêt du Seroquel, le traitement au Saxenda portait ses fruits. Il en a déduit que c'était uniquement à cause de la prise simultanée du Seroquel que le traitement précité ne lui avait pas permis de remplir les conditions posées pour en poursuivre le remboursement. Selon un compte-rendu annexé à cette communication, lequel avait été adressé le 2 novembre précédent au médecin-conseil de l'assurance par la Dresse F _____, le poids du patient au début du traitement était de 121 kilos, celui après seize semaines de traitement correspondait à 110.8 kilos, ce qui représentait une perte de poids supérieure à 7% du poids initial, et le patient avait à l'heure actuelle un poids de 104.7 kilos et un IMC de 35.0 kg/m². Une lettre de confirmation par l'assurance de la poursuite du remboursement du médicament Saxenda, datée du 10 novembre 2023, était également jointe au courrier du recourant.

A la suite de ce courrier, l'intimée a rappelé, le 12 décembre 2023, les arguments exposés dans sa détermination du 22 juin précédent. Elle a ajouté que la prise en charge actuelle du Saxenda, compte tenu de la perte de poids rapportée, n'était pas décisive pour l'issue du présent litige et que si l'arrêt du Seroquel semblait porter ses fruits, comme invoqué par le recourant, la situation n'était la même au moment de la décision attaquée.

Considérant en droit

1.

Selon l'article 1 alinéa 1 de la LAMal, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal n'y déroge expressément.

Posté le 17 janvier 2023, le présent recours contre de la décision sur opposition du 30 novembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours, prolongé des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 60 LPGA), devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2.

2.1 Comme pertinemment souligné par l'intimée dans son écriture du 22 juin 2023, l'objet du présent litige consiste à déterminer si c'est à juste titre que celle-ci a refusé, à compter du 1^{er} juin 2022, la poursuite de la prise en charge du médicament Saxenda après seize semaines de traitement.

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles, ces prestations comprenant notamment les médicaments (art. 25 al. 1 et 2 let. b LAMal). Les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal et 65 al. 3 OAMal concernant les médicaments ; voir également l'art. 43 al. 6 LAMal). Au titre de l'assurance obligatoire des soins, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux articles 25 à 33 (art. 34 al. 1 LAMal). Après avoir consulté les commissions compétentes et conformément aux principes des articles 32 alinéa 1 et 43 alinéa 6, l'OFSP établit une liste, avec prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés (liste des spécialités) (art. 52 al. 1 let. b LAMal). Un médicament peut être admis dans la liste des spécialités s'il dispose d'une autorisation valable de Swissmedic (art. 65 al. 1 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 (art. 73 OAMal).

L'article 71a OAMal, sous l'intitulé « prise en charge des coûts d'un médicament admis dans la liste des spécialités et utilisé pour d'autres indications que celles autorisées dans l'information professionnelle ou prévues par la limitation », précise en son alinéa 1 lettre b, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2023 déterminante en l'espèce, que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'un médicament admis dans la liste des spécialités et utilisé pour une autre indication que celle autorisée par l'institut (soit Swissmedic, selon la teneur de cette disposition depuis le 1^{er} janvier 2024) ou prévue par la limitation fixée dans la liste des spécialités, au sens de l'article 73, si l'usage du médicament permet d'escompter un bénéfice élevé contre une maladie susceptible d'être mortelle pour l'assuré ou de lui causer des problèmes de santé graves et chroniques et que, faute d'alternative thérapeutique, il n'existe pas d'autre traitement efficace autorisé. Selon l'article 71d alinéa 1 OAMal, l'assurance obligatoire des soins ne prend en charge les coûts du médicament que si l'assureur a donné une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.

L'intimée a déjà cité la jurisprudence relative au caractère à la fois exhaustif et contraignant des listes, soit de la LS également (ATF 130 V 532 consid. 3.4, 128 V 159 consid. 3b/bb, 125 V 21 consid. 6a, RAMA 2002 KV 196 consid. 3b). Elle a également souligné à juste titre que si un médicament est inscrit dans la LS sous une limitation restreignant davantage l'autorisation de mise sur le marché, limitation qui peut notamment porter sur la quantité ou les indications médicales, le respect de cette limitation constitue une condition supplémentaire pour le remboursement des coûts par l'assurance obligatoire des soins. Il s'agit là d'un instrument supplémentaire de contrôle de l'économicité (ATF 142 V 478 consid. 6.2). Il convient de rappeler au surplus que le caractère approprié d'une prestation 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. A l'inverse, des mesures thérapeutiques ou diagnostiques non indiquées médicalement ne sont en général pas appropriées (ATF 125 V 95 consid. 4a, RAMA 2000 279 consid. 2c).

L'utilisation d'un médicament en dehors du domaine d'autorisation défini par les autorités ne peut en principe pas, en tant que prestation non obligatoire, être facturée à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Dans ce contexte, une telle prise en charge demeure toutefois possible, sous certains critères développés par la jurisprudence en lien avec l'appréciation du remboursement d'un usage dit hors étiquette (ou « Off-Label-Use »). Depuis le 1^{er} mars 2011, ces exceptions sont, sur la base des principes développés par la jurisprudence, réglementées par les articles 71a et suivants OAMal (...). Selon l'article 71a alinéa 1 OAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'un médicament admis dans la liste des spécialités pour une utilisation en dehors de l'information professionnelle approuvée par Swissmedic (« Off-Label-Use ») ou en dehors de la limitation fixée dans la liste des spécialités (« Off-Limitation-Use »), lorsque l'usage du médicament constitue une condition indispensable à la réalisation d'une autre prestation prise en charge par l'assurance obligatoire des soins et que celle-ci est clairement au premier plan (let. a, « complexe thérapeutique »), ou lorsque l'usage du médicament permet d'escompter un bénéfice élevé contre une maladie susceptible d'être mortelle pour l'assuré ou de lui causer des problèmes de santé graves et chroniques et que, faute d'alternative thérapeutique, il n'existe pas d'autre traitement efficace autorisé (let. b, « nécessité thérapeutique ») (...). La seconde hypothèse suppose tout d'abord, selon l'article 71a alinéa 1 lettre b OAMal, que l'assuré souffre d'une maladie susceptible de mettre sa vie en danger ou d'entraîner des atteintes graves et chroniques à la santé. Un autre critère est l'exigence de l'absence d'alternative thérapeutique. En règle générale, l'absence d'alternative thérapeutique doit être admise

lorsque l'usage hors étiquette ou hors limitation présente un rapport risque/bénéfice nettement meilleur du point de vue médical. Selon la doctrine, ce critère est rempli lorsqu'une méthode de traitement autorisée est si nettement inférieure à la prestation non obligatoire que celle-ci génère un bénéfice thérapeutique élevé (Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz, Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, n° 82 à 87 *ad* Art. 25 KVG, p. 335 et 336).

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, qui ont modifié ou sont susceptibles de modifier cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et les références).

2.2 En l'occurrence, il n'y a rien à ajouter aux arguments invoqués par l'intimée dans ses décisions des 19 juillet et 30 novembre 2022 (pièces 12 et 20) ainsi que ses écritures judiciaires des 17 février, 22 juin et 12 décembre 2023. Il est effectivement établi, et de surcroît incontesté, qu'à l'époque de ces décisions, le recourant ne remplissait pas la condition posée par la LS pour la poursuite de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins du médicament Saxenda, à savoir une perte d'au moins 7% de son poids corporel initial après seize semaines de ce traitement commencé au début février 2022, compte tenu d'un IMC supérieur à 35 à ce moment-là (pièces 3a, 3b, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 16 et 18). C'est en conséquence à juste titre que l'assurance a refusé de continuer à rembourser ce médicament dès le 1^{er} juin 2022 (pièces 7, 11, 12 et 20).

Les raisons pour lesquelles le recourant n'est pas parvenu à répondre à cette exigence, que ce soit la prise simultanée de Seroquel ou une autre cause, ne sont pas déterminantes pour permettre une telle prise en charge au-delà de seize semaines de médication. Comme l'intimée l'a fait valoir en date du 12 décembre 2023, il en va de même du remboursement du Saxenda par l'assurance à compter du 13 janvier 2023. Il ressort en effet des pièces produites le 13 novembre 2023 par le recourant que depuis cette date du 13 janvier 2023, postérieure à celles des décisions des 19 juillet et 30 novembre 2022 (pièces 12 et 20), l'assuré a atteint l'objectif fixé par la LS pour la poursuite de la prise en charge du Saxenda après seize semaines de traitement. Ces éléments ont d'ailleurs été confirmés et par l'intimée, dans ses déterminations des 22 juin et 12 décembre 2023, et par le recourant, dans ses ultimes remarques du 23 août 2023. A noter au passage qu'étant donné l'état de fait établi ci-dessus, le remboursement du Saxenda par l'assurance depuis le 13 janvier 2023 est favorable à l'assuré. En effet, tant la version de la LS relative au Saxenda applicable au moment de la décision

entreprise, avec une limitation de prise en charge jusqu'au 31 mars 2023, que la version actuelle, qui prévoit une telle limitation jusqu'au 30 juin 2026, comportent la précision similaire suivante : « Les patients qui, lors d'une première utilisation de Saxenda pendant seize semaines, n'atteignent pas une réduction de poids d'au moins 5%, respectivement 7% de leur poids corporel initial (non-répondants) sont totalement exclus d'un remboursement en cas de reprise du traitement ».

2.3 Contrairement aux avis émis par le médecin-conseil de l'assurance les 2 novembre 2022 (pièce 18) et 21 juin 2023 ainsi qu'aux arguments y relatifs soulevés par les parties en procédure judiciaire, la poursuite de la prise en charge du Saxenda au-delà du 1^{er} juin 2022 en application de l'article 71a alinéa 1 lettre b OAMal, soit par le biais d'un usage « Off-Label-Use » ou « Off-Limitation-Use » afin de tenir compte d'une possible interaction antagoniste du Seroquel, n'entre pas en ligne de compte *in casu*.

Cette éventualité résulte en effet d'une lecture erronée de la disposition précitée. En l'occurrence, dans son rapport du 3 février 2022, la Dresse A _____ a bien prescrit le Saxenda afin de favoriser la perte pondérale de son patient (pièce 3a). Comme du reste pertinemment rappelé par l'intimée dans la décision entreprise (pièce 20), c'est sous cette même indication médicale de régulation pondérale chez les patients que le Saxenda a été autorisé par Swissmédic puis admis dans la LS, conformément à l'article 65 alinéa 1 OAMal. Quant à la limitation prévue par la LS, au sens de l'article 73 OAMal, de l'usage de ce médicament à la charge de l'assurance obligatoire des soins, soit lorsque la perte pondérale après seize semaines de traitement est inférieure au seuil fixé dans la LS, elle ne porte justement pas sur l'indication médicale du Saxenda mais sur la quantité de ce médicament à rembourser par l'assurance-maladie de base ou, plus précisément, sur la durée de prise en charge de celui-là par celle-ci. Il n'est donc nullement question en l'espèce d'une utilisation hors étiquette ou hors limitation du Saxenda. Enfin, la notion d'alternative thérapeutique figurant à l'article 71a alinéa 1 lettre b OAMal correspond en fait à l'existence d'un autre traitement efficace et autorisé pour l'indication en question, à savoir la perte de poids dans le cas présent. Elle ne concerne pas ici l'arrêt du Seroquel ou le changement de médication psychotrope, étant donné que ce type de préparations ne sont pas appropriées pour réguler le poids corporel mais pour traiter des troubles psychiques.

Tout le débat autour d'éventuels effets antagonistes du Seroquel sur le Saxenda, de même que sur l'application au cas d'espèce de l'article 71a alinéa 1 lettre b OAMal, tombe donc à faux. Cette discussion semble résulter de la remarque, incorrecte, du médecin-conseil de l'assurance dans son avis du 2 novembre 2022, selon laquelle une

réévaluation selon l'article 71a OAMal demeurerait possible, en cas de perte de poids à l'arrêt de la quétiapine (pièce 18). L'intimée a simplement repris cette remarque telle quelle dans sa décision sur opposition du 30 novembre suivant, tout en soulignant, à juste titre comme retenu plus haut, que les conditions, exceptionnelles, de remboursement par l'assurance obligatoire des soins d'un médicament administré hors étiquette (ou « Off-Label-Use »), au sens de l'article 71a OAMal et de la jurisprudence y relative, n'étaient pas remplies en l'espèce (pièce 20). Le recourant n'a lui-même pas fourni des explications des plus limpides à ce sujet. Dans son mémoire du 17 janvier 2023, il a prétendu que c'était le Seroquel qui était à l'origine du poids repris à l'arrêt du Saxenda et que la fin de ce dernier traitement pouvait difficilement expliquer, à elle seule, les quatre kilos repris depuis lors. En revanche, il a allégué le 23 août 2023 que l'arrêt du Saxenda, à la suite du refus par l'assurance d'en poursuivre le remboursement, avait entraîné une reprise immédiate du poids perdu durant ce traitement.

2.4 Au vu de ce qui précède, la décision querellée ne prête pas flanc à la critique. Le recours est ainsi rejeté et la décision sur opposition du 30 novembre 2022 confirmée.

Compte tenu de l'issue du litige et du principe de l'appréciation anticipée des preuves (sur cette notion, il est notamment renvoyé à l'ATF 145 I 167 consid. 4.1 et aux arrêts du Tribunal fédéral 8C_172/2012 du 14 mars 2013 consid. 3 et les références, 9C_962/2010 du 1^{er} septembre 2011 consid. 4.1 et 9C_966/2010 du 29 avril 2011 consid. 2.2.), les moyens de preuve offerts dans le recours du 17 janvier 2023 se révèlent inutiles et ne seront donc pas administrés.

3.

3.1 En application de l'article 61 lettre f^{bis} LPGA et vu que la LAMal n'en prévoit pas, il n'est pas perçu de frais judiciaires dans le présent litige portant sur des prestations de l'assurance obligatoire des soins.

3.2 Eu égard à l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA *a contrario*), pas plus qu'à l'intimée (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté et la décision sur opposition de Mutuel Assurance Maladie SA du 30 novembre 2022 est confirmée.
2. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

Sion, le 18 février 2025