

GE_GERICHTE ATAS/329/2018 vom 18. April 2018

GE Cour de justice, 2018-04-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_329_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/329/2018 du 18 avril 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/329/2018 del 18 aprile 2018

Erwägungen

E. 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) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, 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.

E. 2

Selon l'art. 1 al. 1 de la LAMal, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, sont applicables au cas d'espèce.

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur la question de la prise en charge par l'intimée des analyses de laboratoires effectuées en Allemagne et de l'antibiothérapie combinée à une hyperthermie intégrale et à des perfusions, dans le contexte de la borréliose contractée par le recourant.

A/2133/2017 - 10/19 -

E. 5

a) Selon l'art. 34 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25 al. 2 ou 29 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales (première phrase). Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), intitulé « Prestations à l'étranger ». Selon l'alinéa 1er de cette disposition, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 de la loi dont les coûts occasionnés à l'étranger sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse (une liste de ces prestations n'a cependant pas été établie) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.1 et les références citées). Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le non-établissement de cette liste ne faisait pas obstacle, d'une manière générale et absolue, à la prise en charge de traitements à l'étranger qui ne peuvent être fournis en Suisse. En effet, la règle légale est suffisamment précise pour être appliquée. Il convient toutefois de s'assurer d'une part que la prestation - au sens des art. 25 al. 2 et 29 LAMal -

répondant aux critères d'adéquation ne puisse réellement pas être fournie en Suisse et d'autre part que les critères d'efficacité et d'économicité soient également pris en compte (ATF 128 V 75 consid. 4). Une exception au principe de la territorialité selon l'art. 36 al. 1 OAMal en corrélation avec l'art. 34 al. 2 LAMal n'est admissible que dans deux éventualités du point de vue de la LAMal. Ou bien il n'existe aucune possibilité de traitement de la maladie en Suisse ; ou bien il est établi, dans un cas particulier, qu'une mesure thérapeutique en Suisse, par rapport à une alternative de traitement à l'étranger, comporte pour le patient des risques importants et notablement plus élevés. Il s'agira, en règle ordinaire, de traitements qui requièrent une technique hautement spécialisée ou de traitements complexes de maladies rares pour lesquelles, en raison précisément de cette rareté, on ne dispose pas en Suisse d'une expérience diagnostique ou thérapeutique suffisante. En revanche, quand des traitements appropriés sont couramment pratiqués en Suisse et qu'ils correspondent à des protocoles largement reconnus, l'assuré n'a pas droit à la prise en charge d'un traitement à l'étranger en vertu de l'art. 34 al. 2 LAMal. C'est pourquoi les avantages minimes, difficiles à estimer ou encore contestés d'une prestation fournie à l'étranger, ne constituent pas des raisons médicales au sens de cette disposition; il en va de même du fait qu'une clinique à l'étranger dispose d'une plus grande expérience dans le domaine considéré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.1 et les références citées). Une interprétation stricte des raisons médicales doit être de mise (cf. LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance- maladie sociale, thèse, Lausanne 2004, p. 262 ; dans le même sens EUGSTER, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR],

A/2133/2017 - 11/19 - Soziale Sicherheit, ch. 180). Il convient en effet d'éviter que les patients ne recourent à grande échelle à une forme de « tourisme médical » à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. À cet égard, il ne faut pas perdre de vue que le système de la LAMal est fondé sur le régime des conventions tarifaires avec les établissements hospitaliers. Une partie du financement des hôpitaux repose sur ces conventions (art. 49 LAMal). Ce serait remettre en cause ce financement - et la planification hospitalière qui lui est intrinsèquement liée - que de reconnaître aux assurés le droit de se faire soigner aux frais de l'assurance obligatoire dans un établissement très spécialisé à l'étranger afin d'obtenir les meilleures chances de guérison possibles ou de se faire traiter par les meilleurs spécialistes à l'étranger pour le traitement d'une affection en particulier. À terme, cela pourrait compromettre le maintien d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale en Suisse, essentiel pour la santé publique (cf. par analogie, s'agissant des impératifs susceptibles d'être invoqués pour justifier une entrave à la libre prestation des services dans l'Union Européenne en matière de soins hospitaliers : arrêts de la Cour de Justice des Communautés Européennes [CJCE] du 13 mai 2003, MÜLLER-FAURE et VAN RIET, rec. I p. 4509, points 72 ss. et du 12 juillet 2001, SMITS et PEERBOOMS, rec. I p. 5473, points 72 ss.). C'est une des raisons d'ailleurs pour lesquelles l'assuré n'a pas droit, en l'absence de raisons médicales, au remboursement d'un montant équivalent aux frais qui auraient été occasionnés si le traitement avait eu lieu en Suisse. En ce sens l'assuré ne peut pas se prévaloir du droit à la substitution de la prestation (ATF 126 V 332 consid. 1b). Aux termes de l'art. 36 al. 2 OAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement. Ce qui est déterminant, c'est que l'assuré ait subitement besoin

et de manière imprévue d'un traitement à l'étranger. Il faut que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (arrêt du Tribunal fédéral 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.2 et les références citées). b) 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

A/2133/2017 - 12/19 - médecins de l'annexe 1 de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS - RS 832.112.31), prévu un système dit de liste positive. Tant la liste des analyses (LA ; art. 52 al. 1 let. a ch. 1 LAMal ; art. 34 et 60 à 62 OAMal ; art. 28 OPAS ; annexe 3 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 OPAS), la liste des spécialités (LS ; art. 52 al. 1 let. b LAMal ; art. 34 et 64 à 75 OAMal ; art. 30 à 38 OPAS) et la liste des moyens et appareils (LiMA ; art. 52 al. 1 let. a ch. 3 LAMal ; art. 33 let. e OAMal ; art. 20 à 24 OPAS ; annexe 2 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 de moyens ou d'appareils, qui n'est pas mentionnée dans la LA, respectivement la LMT, la LS ou la LiMA (ATF 139 V 509 consid. 4.1 et les références citées). La prestation au sens de l'art. 25 al. 2 lit. b LAMal qui ne figure pas dans l'une des listes précitées (quand bien même aurait-elle été prescrite par un médecin et satisferait-elle aux exigences d'efficacité, d'adéquation et d'économicité imposées par l'art. 32 al. 1 LAMal) ne doit en principe pas être prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire ; il s'agit là d'un inconvénient qui, selon le Tribunal fédéral, est une conséquence inhérente au système légal (FRÉSARD-FELLY, KAHIL-WOLFF, PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. 2, 2015, p. 117, § 192). Dans une prise de position du 19 décembre 2003 au sujet de la prise en charge des analyses de laboratoire effectuées à l'étranger par les assureurs-maladie suisses, au titre de l'assurance obligatoire des soins, l'OFAS a notamment relevé que les analyses de laboratoire ne consistent pas en des prestations médicales, mais en des prestations de laboratoire, dont les conditions de prise en charge sont réglées dans une liste dite positive, la liste des analyses. Le propre d'une liste positive est d'énumérer exhaustivement les prestations obligatoirement prises en charge du domaine en question. Ce qui est déterminant pour qu'une prestation y figure, c'est qu'elle remplisse les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (art. 32 LAMal). Les demandes d'admission sont soumises à une procédure d'examen qui comprend la prise de position de la commission compétente avant que, le cas échéant, le DFI admette dans la liste la prestation concernée par voie d'ordonnance. Dans le cas des listes positives, le législateur accepte le fait que même des prestations remplissant

toutes les conditions de la LAMal depuis quelque temps déjà ne soient remboursables au titre de l'assurance obligatoire des soins qu'à partir du moment où la modification de l'ordonnance entre en vigueur. Alors que les prestations médicales ne font pas l'objet d'une liste positive, les analyses de

A/2133/2017 - 13/19 - laboratoire sont réglées par une liste de ce type, qui ne laisse aucune marge de manœuvre aux assureurs ou à d'autres instances. Si tel n'était pas le cas, le principe des listes positives inscrit dans la LAMal serait contourné. Cependant, des analyses qui ne sont effectuées qu'à l'étranger peuvent elles aussi être admises dans la liste des analyses sur la base d'une demande adressée à l'OFAS. Par conséquent, les analyses qui ne figurent pas dans la liste des analyses ne doivent pas être remboursées, qu'elles soient effectuées en Suisse ou à l'étranger. Sur la question particulière des analyses de laboratoire effectuées à l'étranger lorsqu'elles ne peuvent être réalisées en Suisse, l'OFAS a relevé que lesdites analyses ne sont remboursables que si elles figurent dans la liste des analyses avec une remarque indiquant qu'elles sont faites à l'étranger. S'agissant des analyses de laboratoire en lien avec la borréliose, la liste des analyses (LA – annexe 3 à l'OPAS) prévoit cinq types d'analyse aux numéros 3374.00 et suivants.

E. 6

En l'espèce, l'intimée a, dans le cadre de la décision entreprise, considéré que les analyses de laboratoire effectuées en Allemagne à la demande du Dr B_____ ne figuraient pas sur la liste des analyses, de sorte qu'elles ne pouvaient pas être remboursées, qu'elles aient été effectuées en Suisse ou à l'étranger. Dans sa réponse au recours du 31 août 2017, l'intimée a modifié sa position et estimé que les analyses précitées auraient pu être effectuées en Suisse et qu'elles figuraient sur la liste positive des analyses, de sorte que le fait qu'elles aient été réalisées en Allemagne empêchait leur prise en charge. Quant au recourant, il a soutenu, dans le contexte de sa demande motivée de prise en charge du 22 décembre 2015, que les analyses pratiquées en Allemagne entraient dans la catégorie des analyses figurant dans la liste correspondante. Celles-ci ne pouvant être effectuées en Suisse à un degré de précision et de fiabilité suffisant, le Dr B_____ s'était légitimement adressé à des laboratoires spécialisés en Allemagne et leur prise en charge par l'assurance obligatoire des soins devait être admise. Par la suite, le recourant a axé son argumentation sur le traitement qu'il a suivi. En l'occurrence, la chambre de céans constate qu'à la lecture du dossier aucun élément ne permet de connaître la nature exacte des analyses de laboratoire réalisées en Allemagne à la demande du Dr B_____. En d'autres termes, rien ne permet de déterminer si lesdites analyses correspondent aux analyses dont le remboursement est prévu dans la liste y relative, étant rappelé que pour qu'une prestation puisse être prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, elle doit impérativement y figurer. Deux cas de figure sont ici possibles. Soit les analyses effectuées en Allemagne correspondent aux analyses pouvant être réalisées en Suisse, soit elles sont différentes. Cette question peut toutefois demeurer ouverte, dans la mesure où, dans un cas comme dans l'autre, les analyses demandées par le Dr B_____ ne peuvent

A/2133/2017 - 14/19 - pas être prises en charge par l'intimée, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. En effet, si ces analyses correspondent à celles prévues sur la liste des analyses, cela signifiera qu'elles pouvaient être réalisées en Suisse, aucune exception territoriale n'étant prévue, de sorte que les conditions pour s'écarter du principe de territorialité de la LAMal ne seraient pas remplies. À l'inverse, si les analyses allemandes sont différentes de celles prévues sur la liste des analyses, cela voudra dire que leur prise en

charge n'est pas possible, étant une fois encore rappelé que cette liste est exhaustive. Sur ce point, le recours doit donc être rejeté et la décision entreprise confirmée. Reste à déterminer si l'intimée était légitimée à refuser de prendre en charge l'antibiothérapie, couplée à des séances d'hyperthermie intégrale et à des perfusions.

E. 7

a) Selon l'art. 25 al. 2 let. a LAMal, les prestations dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins comprennent notamment les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins (ch. 1), des chiropraticiens (ch. 2) et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (ch. 3). L'art. 33 al. 1 et 3 LAMal prévoit que le Conseil fédéral peut désigner 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 (al. 1). Il détermine dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation, nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation (al.3). À teneur de l'art. 33 let. a et c OAMal, le DFI désigne, après avoir consulté la commission compétente : les prestations fournies par les médecins ou les chiropraticiens dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions (let. a) et les prestations nouvelles ou controversées dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation ; il détermine les conditions et l'étendue de la prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins (let. c). Selon l'art. 1 OPAS, figurent à l'annexe 1 les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal, qui ont été examinées par la Commission fédérale des prestations générales et des principes de l'assurance-maladie et dont l'assurance-maladie obligatoire des soins (assurance) : prend en charge les coûts (let. a) ; prend en charge les coûts à certaines conditions (let. b) ; ne prend pas en charge les coûts (let. c). L'annexe 1 à l'OPAS contient aussi bien des prestations qui sont prises en charge sous conditions et des prestations non prises en charge. La liste positive (prestations prise en charge) n'est pas exhaustive, les prestations n'y figurant pas bénéficiant

A/2133/2017 - 15/19 - d'une présomption légale (cf. art. 33. al. 1 LAMal) selon laquelle elles répondent aux critères légaux d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (art. 32 LAMal) et doivent dès lors être prises en charge. La liste négative est en revanche exhaustive (FRÉSARD-FELLAY, KAHIL-WOLFF, PERRENOUD, op. cit., p. 107, § 167). Si, dans un cas concret, l'assureur prétend qu'un traitement (non examiné par la Commission des prestations) ne répond pas aux conditions requises, parce qu'il est nouveau, que son efficacité n'est pas reconnue ou qu'il est controversé, cet assureur ne saurait, sans autre examen, en refuser la prise en charge qui lui est demandée par l'assuré. Il lui appartient, en sa qualité d'organe d'exécution de la LAMal, de déterminer si ce traitement est couvert par la présomption légale ou s'il est médicalement contesté. En d'autres termes, l'assureur ne peut opposer un refus à l'assuré au seul motif que le traitement n'est pas mentionné dans l'OPAS et tant et aussi longtemps que la Commission des prestations n'a pas délivré un avis positif (sur ces divers points, voir ATF 129 V 173 consid. 4). b) Selon l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. Une mesure est efficace lorsqu'elle est démontrée selon des méthodes

scientifiques et permet objectivement d'obtenir le résultat diagnostique ou thérapeutique recherché (ATF 139 V 135 consid. 4.4.1 et les références citées). 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 ; ATF 130 V 532). L'efficacité d'un traitement doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (ATF 128 V 57). Un traitement revêtant un caractère essentiellement expérimental, c'est-à-dire qu'il n'est pas ou pas encore éprouvé par la science médicale ne revêt pas le caractère d'efficacité (ATF 125 V 25). Est éprouvée par la science médicale et donc scientifiquement reconnue, une méthode de traitement largement reconnue par les chercheurs et les praticiens. L'élément décisif réside dans l'expérience et le succès d'une thérapie déterminée (ATF 123 V 58 ; ATF 125 V 20). L'adéquation d'une mesure s'examine sur la base de critères médicaux. L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou par rapport à la solution consistant à renoncer à toute mesure ; est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique. La réponse à cette question se confond normalement avec celle de l'indication médicale ; lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 139 V 135 consid. 4.4.2 et les références citées).

A/2133/2017 - 16/19 - Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe dans le cas particulier plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse. Le critère de l'économicité ne concerne pas seulement le type et l'étendue des mesures diagnostiques ou thérapeutiques à accomplir, mais touche également la forme du traitement, notamment les questions de savoir si une mesure doit être effectuée sous forme ambulatoire ou dans un milieu hospitalier et de quelle institution de soins ou service de celle-ci le cas de la personne assurée relève d'un point de vue médical (ATF 139 V 135 consid. 4.4.3 et les références citées).

E. 8

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a). La jurisprudence se réfère également à ces critères pour examiner la valeur probante de rapports médicaux lorsqu'il s'agit d'évaluer la nécessité d'une hospitalisation (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 50/03 du 3 décembre 2003, consid. 7). À teneur de l'art. 57 LAMal, le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur

des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies (al. 4). Le médecin-conseil évalue les cas en toute indépendance. Ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner de directives (al. 5).

E. 9

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 (ATF 126 V 319 consid. 5a).

A/2133/2017 - 17/19 -

E. 10

En l'espèce, l'intimée considère que l'efficacité de l'antibiothérapie conjuguée à des séances d'hyperthermie intégrale et à des perfusions n'est pas démontrée selon des méthodes scientifiques, de sorte qu'elle ne peut pas être prise en charge par l'assurance obligatoire des soins. Pour parvenir à cette conclusion, l'intimée se fonde sur les « Journées internationales d'information sur les maladies vectorielles à tiques » des 7 et 8 juin 2014, les avis de ses médecins-conseils, ainsi que sur la dernière partie du rapport du 1er octobre 2015 du Dr B_____. Quant au recourant, il soutient que l'efficacité, l'adéquation et l'économicité du traitement qu'il a suivi sont présumées, dans la mesure où il lui a été prescrit par le Dr B_____. Il conteste la valeur probante des documents sur lesquels se fonde l'intimée. Pour le surplus, il s'appuie sur divers articles publiés sur internet, lesquels démontreraient, selon lui, que l'efficacité de l'hyperthermie dans le cadre du traitement de la borréliose a été prouvée scientifiquement. En l'occurrence, il est acquis et non contesté que le traitement suivi par le recourant ne figure sur aucune liste de l'annexe 1 à l'OPAS, de sorte que sa prise en charge est soumise aux conditions d'efficacité, d'adéquation et d'économicité de l'art. 32 LAMal. Comme le relève le recourant, le traitement prescrit par le Dr B_____ est présumé répondre à ces conditions. Pour renverser cette présomption, l'intimée s'appuie sur plusieurs documents, dont il convient d'évaluer la valeur probante. S'agissant de l'avis du 13 janvier 2016 du médecin-conseil de l'intimée, il est extrêmement bref, composé de mots-clefs, sans que des phrases complètes soient formulées, et vierge de toute motivation, de sorte que sa valeur probante doit être niée. En ce qui concerne le document intitulé « Journées internationales d'information sur les maladies vectorielles à tiques » des 7 et 8 juin 2014, force est de constater que son auteur est inconnu et qu'il consiste en une prise de note, dont on ignore la fidélité par rapport aux propos des différents orateurs étant intervenus à cette occasion. Dès lors, aucune valeur probante ne peut lui être reconnue. À la lecture de l'avis du Dr C_____ du 21 décembre 2016, il apparaît que ce dernier considère que l'hyperthermie intégrale reste une méthode contestée dans le cadre du traitement de la borréliose, au vu de « la littérature transmise ». En d'autres termes, selon le principe de la vraisemblance prépondérante, il semble que le Dr C_____ se soit

uniquement basé sur les documents fournis par l'intimée et le recourant pour forger son opinion. Compte tenu de son rôle de médecin-conseil et de la mission qui lui était confiée, soit de déterminer si le traitement litigieux devait être pris en charge, cette approche s'avère insuffisante. Ainsi, cet avis ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Cela étant, compte tenu de l'ensemble des documents produits par les parties, en particulier du rapport du 1er octobre du Dr B_____, lequel relève que l'hyperthermie n'est pas prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, il

A/2133/2017 - 18/19 - n'est pas certain que le traitement suivi par le recourant puisse être considéré comme efficace, ce qui suffit en l'état, si ce n'est à renverser, à annuler la présomption d'efficacité, d'adéquation et d'économicité du traitement. Si l'intimée ne se base sur aucun document dont la valeur probante peut être reconnue, l'efficacité de la thérapie antibiotique conjuguée à des séances d'hyperthermie intégrale et à des perfusions ne semble pas faire l'unanimité des médecins et auteurs cités par les parties. Contrairement à ce que prétend le recourant, les pièces qu'il a produites ne permettent pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la thérapie précitée est un traitement efficace. En effet, les termes employés par les médecins et les auteurs des différents articles et publications sont prudents et mesurés quant aux bénéfices de l'hyperthermie dans le cadre du traitement de la borréliose. En tout état de cause, ces documents sont très théoriques et éloignés de l'analyse concrète du cas du recourant. De plus, la situation médicale et le ou les traitements devant être appliqués en cas de borréliose ne sont pas clairement établis, ce qui constitue un autre obstacle à la résolution du litige. Plusieurs pièces, dont le rapport du 1er octobre 2015 du Dr B_____, laissent même à penser que l'hyperthermie, dans le cadre du traitement de la borréliose, est une méthode innovante dont les bienfaits sont encore en cours d'étude. Il apparaît donc, en l'état du dossier, que l'instruction conduite par l'intimée est lacunaire, ce qui ne permet pas à la chambre de céans de trancher le cas d'espèce, le doute sur l'efficacité du traitement suivi par le recourant ne pouvant pas être levé. Par conséquent, il appartiendra à l'intimée de mettre en œuvre une expertise, ou tout autre moyen qu'elle jugera utile, afin de déterminer quel traitement aurait dû suivre le recourant et, le cas échéant, si la thérapie antibiotique conjuguée à des séances d'hyperthermie intégrale et à des perfusions est un traitement efficace dans le cas particulier. Cela fait, l'intimée devra rendre une nouvelle décision sur la question de la prise en charge dudit traitement.

E. 11

Eu égard à ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée en tant qu'elle refuse la prise en charge du traitement par antibiothérapie et séances d'hyperthermie intégrale avec perfusion, et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2133/2017 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.