

GE_GERICHTE A/4350/2017 vom 17. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4350_2017

FR: GE_GERICHTE A/4350/2017 du 17 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE A/4350/2017 del 17 ottobre 2018

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par Monsieur B_____ recourant contre MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1944, est assuré au titre de l'assurance obligatoire des soins auprès de Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après la caisse ou l'intimée). Il souffre depuis plusieurs années d'une double pathologie lombaire, caractérisée par un rétrécissement des canaux lombaires ainsi que d'une discopathie, soit un écrasement des disques, notamment en L3-L4, L4-L5 et L5-S1 avec, comme corollaire, des douleurs récurrentes et invalidantes dans le rachis lombaire. Celles-ci ont motivé notamment, courant 2015, divers examens radiologiques (scanner et IRM) ainsi que des infiltrations intervertébrales pratiquées par le docteur C_____, radiologue FMH et spécialiste de la douleur au centre d'imagerie Rive Droite SA (ci-après : centre d'imagerie). S'élevant à CHF 25'462.72, le coût de ces prestations a été pris en charge par la caisse en 2015. ^{2.} Dans un rapport du 14 décembre 2015, adressé au docteur D_____, médecin généraliste, le Dr C_____ a indiqué que les douleurs de l'assuré étaient clairement liées aux deux disques en L4-L5, la douleur médiane descendant dans les fesses et en L5-S1. Les deux « modics » et la discopathie érosive étaient donc responsables de sa symptomatologie. L'assuré était un bon candidat pour la réalisation d'un traitement de renforcement discal par prothèse percutanée de type Gelstix®. Ce traitement serait mis en place au plus vite, en fonction de la réponse de la caisse. En effet, « ce geste ponctuel en termes d'économie de la santé », qui présentait 80 % de chances de succès à court terme, serait moins onéreux que les consultations répétées, associées aux médicaments et infiltrations régulières dont bénéficiait actuellement l'assuré. ^{3.} Le 14 décembre 2015, le centre d'imagerie a soumis à la caisse un devis du même jour du Dr C_____, chiffrant à CHF 4'914.98 le coût d'une discographie avec Nucleofix®. ^{4.} Le 7 janvier 2016, la caisse a fait savoir au centre d'imagerie que le traitement envisagé pour l'assuré, devisé à CHF 4'914.98, ne remplissait pas les conditions d'une prise en charge par l'assurance obligatoire des soins. ^{5.} Le 11 janvier 2016, le centre d'imagerie a adressé à la caisse une facture d'un montant de CHF 9'988.57 correspondant à l'intervention que l'assuré avait subie le même jour (discographie avec prothèse percutanée de type Gelstix®/Nucleofix®). ^{6.} Par pli du 20 janvier 2016, l'assuré a contesté la position de la caisse dont le refus apparaissait sommairement motivé par la simple référence à une disposition générale de la loi dont les conditions n'étaient prétendument pas remplies. Les douleurs lombaires dont il souffrait avaient été traitées, à l'origine, par des anti-inflammatoires, de la gymnastique, des massages, puis de la physiothérapie et, depuis un peu plus d'une année, des infiltrations de produits à base de cortisone, tous les trois à quatre mois. Tous ces traitements avaient été pris en charge. La question d'une intervention chirurgicale majeure (également couverte par

l'assurance), consistant à souder les vertèbres, s'était également posée mais il avait préféré repousser cette solution, vu son caractère pratiquement définitif et partant incompatible avec la proposition de traitement par injection d'implants Gelstix® (Nucleofix®) dont il était question dans le devis du 14 décembre 2015. Cette solution alternative permettait d'augmenter et redonner aux disques intervertébraux leur élasticité et supprimer ainsi les douleurs liées à leur écrasement. Existant depuis presque deux ans, ce traitement s'était avéré d'une « efficacité redoutable et durable ». Le centre d'imagerie avait procédé à une centaine d'interventions avec un succès dépassant 80 %, dont cinquante cas étaient proches du sien. Partant, ce traitement était efficace, approprié et économique et répondait ainsi aux conditions qu'impliquait sa prise en charge. Enfin, il s'avérait que la plupart des caisses-maladie avaient estimé que ce traitement répondait aux exigences légales de couverture et avaient entretemps accepté de le prendre en charge. Le refus de la caisse était donc discriminatoire et arbitraire.![endif]>![if> 7. Par télécopie du 16 mars 2016, la caisse a invité le Dr C_____ à lui communiquer « les preuves scientifiques actuelles » du traitement envisagé, soit des études officielles ayant fait l'objet d'une publication, documentées par les résultats les plus probants. Si la littérature scientifique prouvait l'efficacité, l'adéquation et l'économicité de cette technique, le Dr C_____ devait adresser une demande auprès de la Commission fédérale des prestations générales et des principes (ci-après : CFPP), afin que « cette méthode contestée » soit acceptée.![endif]>![if> 8. Le 11 mai 2016, le centre d'imagerie a fait parvenir à la caisse un article rédigé en anglais, émanant du fabricant de Gelstix®, retraçant sous forme de tableaux et par pays le nombre de patients traités, l'indication opératoire, les éventuelles complications et le résultat de l'intervention une fois les implants Gelstix® mis en place. Le fascicule envoyé comportait également plusieurs renvois à des revues médicales ou à des conférences données lors de congrès consacrés à la thématique des implants intra-discaux en hydrogel, en vue de documenter les résultats et indices de satisfaction allégués par le fabricant.![endif]>![if> 9. Le 2 août 2016, l'assuré a mis en demeure la caisse de lui fournir une réponse dûment motivée d'ici au 19 août 2016.![endif]>![if> 10. Le 18 août 2016, la caisse s'est excusée auprès de l'assuré pour le temps investi dans son dossier en précisant qu'elle n'était pas en mesure de lui fournir une réponse dans l'immédiat.![endif]>![if> 11. Par courrier du 23 août 2016, adressé en copie à l'assuré, la caisse a fait savoir au centre d'imagerie que le dossier de l'assuré avait été réexaminé sur la base du « nouveau rapport » que le centre d'imagerie lui avait envoyé le 11 mai 2016. Compte tenu des dispositions légales et réglementaires en la matière, la décision de refus de prise en charge du 7 janvier 2016 était maintenue.![endif]>![if> 12. Le 5 septembre 2016, l'assuré, représenté par un mandataire, a invité la caisse à lui faire parvenir une copie des pièces du dossier, en particulier les rapports du service médical et du médecin-conseil. ![endif]>![if> 13. Le 21 septembre 2016, la caisse a accédé à cette demande et remis à l'assuré notamment :![endif]>![if> - une prise de position du 16 décembre 2015 du docteur C_____, spécialiste FMH médecine interne et médecin-conseil de la caisse, selon laquelle le traitement « Nucleofix [était] à refuser selon article 32 » ; ![endif]>![if> - une prise de position du 2 mars 2016 du Dr E_____, mentionnant que le traitement Nucleofix® ne figurait pas parmi les mesures obligatoirement à charge de l'assurance-maladie. Cette méthode était contestée et manquait d'efficacité selon la littérature actuelle, ce qui justifiait que la caisse la refuse. En revanche, si la littérature prouvait l'efficacité, l'adéquation et l'économicité de ce traitement, il y avait lieu de saisir la CFPP pour voir si cette dernière acceptait ce type de traitement ;![endif]>![if> - une prise de position du 25 mai 2016 du Dr E_____, selon

laquelle la littérature révélait une certaine efficacité du traitement Nucleofix® auprès de vingt-et-un patients. « Est-ce suffisant pour être significative et efficace ? ».

Deuxièmement, il fallait systématiquement et en premier lieu s'entourer d'un avis neurologique et neurochirurgical pour connaître vraiment la bonne indication.

Troisièmement, il convenait de se référer à un article publié le mercredi 4 mai 2016 dans « Le Temps », intitulé « Les arthroscopies dans le viseur d'Alain BERSET ». Selon cette dernière source, annexée à l'avis du Dr E_____, le Conseil fédéral avait décidé, lors de sa séance « de mercredi », qu'il était temps de réexaminer la pertinence de la prise en charge de certaines prestations médicales. À cet effet, une nouvelle unité permanente, spécialisée dans l'évaluation des technologies de santé (HTA), serait créée. Outre les arthroscopies du genou, les interventions au niveau de la colonne vertébrale (pose d'implants) et les injections de fer en cas de carence sans anémie seraient également réexaminées dans un premier temps. Concrètement, il ne s'agissait pas de biffer certaines interventions (telle l'arthroscopie du genou) du catalogue des prestations remboursées, ni même d'en réduire le montant. Selon Alain BERSET, l'arthroscopie n'amenait aucune plus-value pour le patient dans de nombreux cas. La prise en charge serait dès lors basée sur une analyse plus précise de la situation par les médecins. ![endif]>![if> 14. Par pli du 4 octobre 2016, l'assuré a fait savoir à la caisse que l'article paru dans « Le Temps » du 4 mai 2016 était sans pertinence dans le présent cas, si ce n'est que « [...] la prise en charge sera dès lors basée sur une analyse plus précise de la situation par les médecins ». Fort de ces éléments, l'assuré a invité la caisse à reconsidérer sa position et, dans le cas concret, à rendre une décision formelle sujette à recours.![endif]>![if> 15. Par prise de position du 25 janvier 2017, le Dr E_____ a estimé que les conditions d'efficacité, d'adéquation et d'économicité de la technique de traitement des dégénérescences discales par pose d'implants Nucleofix® n'étaient pas remplies de son point de vue, référence faite à son avis du 25 mai 2016. Interrogé sur l'existence d'une jurisprudence sur cette question, le médecin-conseil a répondu qu'il fallait faire une demande à la CFPP.![endif]>![if> 16. Par décision du 9 février 2017, la caisse a refusé de prendre en charge le traitement de l'assuré, la technique Nucleofix® n'étant scientifiquement pas reconnue. Les prestations devaient être efficaces, appropriées et économiques. Leur efficacité devait être démontrée selon des méthodes scientifiques. À cet égard, une prestation était efficace, au sens légal, lorsqu'on pouvait 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. Même si la discographie avec Nucleofix® était une méthode pour laquelle il existait des études prometteuses, ces dernières avaient été effectuées sur un nombre insuffisant de personnes pour considérer que son efficacité était démontrée selon des méthodes scientifiques. Il convenait cependant de réserver l'avis de la CFPP à ce sujet, mais il incombait au médecin de l'assuré de saisir cette dernière en vue de faire reconnaître cette méthode. ![endif]>![if> 17. Le 10 mars 2017, l'assuré a formé opposition à cette décision, expliquant en substance que l'intervention à laquelle il s'était soumis le 11 janvier 2016 avait été couronnée de succès. En effet, les douleurs importantes auxquelles il était confronté avaient diminué drastiquement, lui permettant ainsi de marcher sans difficulté. Hormis deux contrôles de routine effectués au cours de l'année 2016, l'assuré n'avait plus mis à contribution sa caisse-maladie et n'avait donc plus bénéficié de prestations médicales. En particulier, il n'avait plus eu besoin de recevoir, à intervalles réguliers, des infiltrations à base de cortisone, de sorte que la caisse avait réalisé de substantielles économies par ce biais. Sur le fond, il a fait valoir qu'il existait une différence sensible entre une prestation

qui n'était pas à la charge de l'assurance et une prestation qui n'était pas obligatoirement à la charge de cette dernière. La prestation dont la prise en charge était litigieuse relevait de cette seconde catégorie et pouvait, sans obligation, être couverte par l'assurance de soins obligatoire. Dans la mesure où d'autres caisses-maladie suisses avaient décidé de prendre en charge cette même prestation, il incombait à la caisse d'en faire de même. !endif]>![if> 18. Par prises de position des 26 avril et 3 mai 2017, le Dr E_____ a estimé que les études relatives aux implants Gelstix®/Nucleofix® avaient été réalisées sur un nombre trop restreint de patients et qu'on ne connaissait pas les résultats à long terme. En conséquence, la preuve de leur efficacité n'était pas rapportée. De plus, les différents spécialistes consultés ne connaissaient pas cette méthode. !endif]>![if> 19. Dans un rapport du 9 août 2017, le Dr E_____ a observé que la discectomie percutanée par fluoroscopie et contrôle CT et la discographie avec Nucleofix® constituaient deux techniques différentes. Selon la réglementation applicable, la première, qui était expressément mentionnée, n'était pas à charge de l'assurance obligatoire des soins. S'agissant de la seconde, l'absence de toute mention y relative impliquait que l'on détermine si elle était efficace, appropriée et économique. Il ressortait des rapports des médecins de l'assuré que celui-ci souffrait d'une symptomatologie facettaire L4-L5 gauche et L3-L4 à L5-S1 droite, essentiellement mécanique, qui pouvait engendrer des douleurs lombaires. Selon la littérature en possession du Dr E_____, il s'agissait toujours d'une méthode contestée. En effet, les études étaient lacunaires car elles avaient été effectuées sur un petit nombre de patients et ne permettaient pas d'évaluer les résultats à moyen ou long terme. Dès lors, le critère d'efficacité n'était pas rempli. Enfin, il importait de préciser que le sujet de la discographie avait été abordé en colloque des médecin-conseils et tous admettaient unanimement qu'il s'agissait d'un traitement expérimental et qu'il n'existait pas de réelle littérature scientifique à ce sujet. Les seuls documents étaient des publications du fabricant. Au vu de ces éléments, la caisse était en droit de refuser la prise en charge du traitement de renforcement discal par prothèse percutanée Nucleofix®, pratiquée le 11 janvier 2016 au centre d'imagerie. !endif]>![if> 20. Par décision du 28 septembre 2017, la caisse a rejeté l'opposition du 10 mars 2017 en se référant aux avis successifs de son médecin-conseil. !endif]>![if> 21. Par acte du 27 octobre 2017, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais dépens, à son annulation et à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser la somme de CHF 9'988.55 avec intérêts à 5 % dès le 11 janvier 2016. À l'appui de ses conclusions, le recourant a repris en substance les arguments développés dans son courrier du 20 janvier 2016 et son opposition du 10 mars 2017 en ajoutant que le centre d'imagerie avait procédé à lui seul à une centaine d'interventions de ce type avec un succès dépassant 80 % des cas, ce dont le Dr C_____ et un membre de la Direction du centre d'imagerie pouvaient témoigner. Enfin, le recourant a demandé que la chambre de céans requière, de la part des caisses Assura, Helsana, Visana, Swica et Henner, la production de tout document et/ou attestation utiles prouvant que les caisses précitées avaient accepté de prendre en charge des interventions semblables à celle qu'il avait subie le 11 janvier 2016. !endif]>![if> 22. Par réponse du 5 décembre 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours, avec suite de frais et dépens. On ne pouvait lui faire grief d'avoir violé le principe de célérité, compte tenu du de la consultation du médecin-conseil à chaque argument/élément nouveau avancé par le recourant au fil d'une procédure qui n'avait connu aucun temps mort. Comme le Dr E_____ l'avait constaté dans son rapport du 9 août 2017, il ressortait de la littérature en possession de ce médecin que la méthode était toujours contestée. En effet, les études étaient lacunaires car elles avaient été effectuées sur un (trop) petit nombre de patients et ne

permettaient pas d'évaluer les résultats à moyen ou long terme. En outre, la question avait déjà fait l'objet d'un colloque des médecins-conseil et le caractère expérimental du traitement avait été confirmé. Dès lors, le critère d'efficacité n'était pas rempli. À cet égard, aucune pièce ne corroborait l'affirmation selon laquelle d'autres assureurs-maladie auraient pris en charge ce type de prestations. S'agissant des « économies » que présenterait le traitement litigieux par rapport aux précédents traitements subis par le recourant, il y avait lieu de constater que cet argument ne permettait pas, à lui seul, de justifier une prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, ni même une exception. Il convenait enfin de relever que le Dr C _____, dans son rapport du 14 décembre 2015 au Dr D _____, avait indiqué que le traitement litigieux devait être entrepris en fonction de la réponse de l'assureur-maladie du recourant. Or, l'intimée avait, de manière constante, fait part de son refus de prise en charge du cas, dans un premier temps pour un traitement devisé à CHF 4'914.98, puis à réception d'une facture qui s'élevait en définitive à CHF 9'988.57.!

23. Par réplique du 17 janvier 2018, le recourant a soutenu qu'on pouvait faire mieux en termes de célérité, d'autant que l'examen du dossier démontrait que l'intimée ne s'était livrée à aucune analyse sérieuse de la technique Gelstix®/Nucleofix®, en particulier à la suite des explications documentées que le centre d'imagerie lui avaient adressées le 11 mai 2016, qui montraient que la technique était désormais éprouvée avec un taux de réussite d'au moins 80 % des cas traités. Aucune pièce, aucun compte-rendu, aucun article scientifique ne venait étayer les affirmations de l'intimée, qui s'appuyait exclusivement sur l'avis du Dr E _____, non documenté. !

24. Par duplique du 7 février 2018, l'intimée a réitéré, en substance, les arguments développés précédemment en ajoutant qu'il ressortait du devis de discographie, établi le 14 décembre 2015 par le centre d'imagerie, que la prestation Nucleofix® était mentionnée sans numéro Tarmed connu, ce qui signifiait que le prestataire de soins savait qu'elle n'était pas médicalement reconnue et ne pouvait donc être remboursée.!

25. Par pli du 6 juillet 2018, la chambre de céans s'est adressée à la Division prestations de l'Office fédéral de la santé publique (ci-après : OFSP) en lui demandant si la CFPP avait été saisie, à ce jour, par un prestataire de soins, d'une demande d'examen de la méthode de traitement de renforcement discal par prothèse percutanée de type Gelstix®/Nucleofix® et, dans l'affirmative, si la CFPP était parvenue à la conclusion que cette méthode satisfaisait aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.!

26. Par courrier du 23 juillet 2018 à la chambre de céans, le recourant a rappelé avoir allégué dans son recours que plusieurs caisses-maladie avaient pris en charge le type d'intervention dont il avait lui-même bénéficié le 11 janvier 2016. Aussi lui paraissait-il utile que l'OFSP fût interpellé, de manière complémentaire, sur cette problématique.!

27. Le 25 juillet 2018, la chambre de céans a fait savoir au recourant qu'elle n'entendait pas soumettre à l'OFSP le point qu'il avait soulevé le 23 juillet 2018, celui-ci dépassant le cadre des questions utiles à la résolution du litige.!

28. Par courrier du 14 août 2018, Madame F _____, responsable de la Division Prestations de l'OFSP, a fait savoir à la chambre de céans qu'en l'état, soit jusqu'au 10 août 2018, aucun fournisseur de prestations ni aucune assurance ou autre partie prenante n'avait soumis une demande d'examen de la méthode de traitement de renforcement discal par prothèse discale percutanée de type Gelstix®/Nucleofix®. En conséquence, la CFPP n'avait jamais donné son avis pour savoir si ladite méthode répondait aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.!

29. Le 21 août 2018, l'intimé a observé qu'il n'était pas surprenant que la CFPP n'ait pas été saisie d'une demande d'examen de la méthode de traitement de type Gelstix®/Nucleofix® et qu'elle

n'ait donc jamais donné son avis pour savoir si cette dernière répondait aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. En effet, cette méthode était contestée scientifiquement pas reconnue et ne se trouvait donc pas dans la liste des mesures obligatoirement à la charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins.![endif]>![if> 30. Dans ses observations du 24 septembre 2018, le recourant a indiqué avoir pris bonne note du courrier du 14 août 2018 de l'OFSP. Quoi qu'il en soit, la liste des mesures obligatoirement à charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins était « ouverte » et ne constituait donc pas une énumération positive exhaustive mais un « catalogue négatif ». En d'autres termes, cette liste était loin de déterminer toutes les prestations obligatoirement remboursables. Elle contenait seulement les prestations qui avaient été dûment examinées et dont les coûts étaient ou n'étaient pas pris en charge. Cela expliquait, comme le recourant l'avait allégué et offert de prouver, que plusieurs caisses- maladie avaient décidé de prendre en charge et de rembourser les frais de traitement de renforcement discal par prothèse discal percutanée de type Gelstix®/Nucleofix®. L'intimée soutenait que le traitement prodigué au recourant serait controversé et ne répondrait pas aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité exigés par la loi. Or, à l'exception des brèves notes manuscrites non documentées du Dr E_____, elle n'avait produit aucune pièce probante venant étayer son refus. De plus, on peinait à saisir, nonobstant les explications et pièces fournies par le recourant, que l'intimée n'ait pas saisi l'OFSP d'une demande d'évaluation comme le suggérait le Dr E_____ dans sa prise de position du 2 mars 2016. En effet, ce médecin estimait à cette date que si la littérature prouvait l'efficacité, l'adéquation et l'économicité de ce traitement, il y avait lieu de saisir la CFPP pour s'assurer que cette dernière acceptait cette méthode contestée.![endif]>![if> 31. Le 25 septembre 2018, la chambre de céans a transmis, pour information, une copie de ce courrier à l'intimée et informé les parties que la cause était gardée à juger.![endif]>![if> 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) en vigueur depuis le 1 er 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable à la présente procédure (art. 1 LAMal).![endif]>![if> 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 s. LPGA), le recours est recevable.![endif]>![if> 4. Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge, au titre de l'assurance-maladie obligatoire des soins, d'une discographie avec prothèse percutanée de type Gelstix®/Nucleofix® dont celui-ci a bénéficié le 11 janvier 2016.![endif]>![if> 5. a. En premier lieu, le recourant invoque une violation du principe de célérité dans la mesure où l'intimée aurait tardé à rendre sa décision et sa décision sur opposition. ![endif]>![if> L'art. 52 al. 2 LPGA prévoit notamment que les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié. De manière générale, l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) dispose que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. Le caractère raisonnable de la durée d'une procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale. Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour

l'intéressé ainsi que le comportement de celui-ci et le comportement de l'autorité compétente (ATF 124 I 139 consid. 2c ; 119 Ib 311 consid. 5b et les références indiquées). À cet égard, il appartient notamment au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 155 consid. 2b). Une telle obligation s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure administrative (HAEFLIGER/SCHÜRMAN, *Die Europäische Menschenrechts-konvention und die Schweiz*, Berne 1999, p. 203 et 204). On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts, qui sont inévitables dans une procédure (cf. ATF 124 et 119 précités), mais une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne sauraient justifier la lenteur excessive d'une procédure (ATF 122 IV 103 consid. I/4 ; 107 Ib 160 consid. 3c). La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Cette constatation peut également jouer un rôle sur la répartition des frais et dépens, dans l'optique d'une réparation morale (ATF 130 I 312 consid. 5.3, 129 V 411 consid. 1.3). b. En l'occurrence, il est vrai que près de quatorze mois se sont écoulés entre l'envoi du premier devis à l'intimée et la décision du 9 février 2017 et que l'intimée a encore pris un peu plus de six mois à compter de l'opposition pour rendre la décision litigieuse. Cela étant, on ne saurait reprocher à l'intimée d'avoir fait preuve d'une lenteur excessive, le recourant ayant adressé à l'intimée de nombreux courriers et pièces traitant d'une question complexe et ces dernières ont nécessité autant de prises de position de la part du médecin-conseil. Aussi n'y a-t-il pas de retard injustifié à statuer dans le cas d'espèce. 6. a. Selon l'art. 24 LAMal, l'assurance-maladie 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 (al. 1). Les prestations prises en charge sont rattachées à la date ou à la période de traitement (al. 2 en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016). Aux termes de l'art. 25 LAMal, l'assurance-maladie 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 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, des chiropraticiens, ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2 let. a). b. Les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). Selon la jurisprudence, ces « méthodes scientifiques » sont fondées sur la recherche et la pratique médicale et non sur le résultat obtenu dans un cas particulier (ATF 142 V 249). Ceci implique qu'il existe, au sein de la science médicale, une large proportion de chercheurs et de praticiens qui considère qu'un traitement est approprié au vu de son résultat, des expériences faites et du succès d'une thérapie déterminée ; à cet égard, il est en principe nécessaire que des études scientifiques aient été menées sur le long terme et qu'elles aient été réalisées selon des directives reconnues au plan international (ATF 133 V 115 consid. 3.1). On ne saurait conclure à l'efficacité d'une mesure de manière rétrospective et à la lumière des résultats obtenus concrètement dans des cas particuliers. La preuve de l'efficacité se mesure de la manière la plus fiable possible au moyen d'essais cliniques permettant de constater objectivement, selon des critères scientifiques, l'efficacité d'une thérapie, le caractère reproductible de son résultat et le lien de causalité entre l'agent thérapeutique et son effet (ATF 133 V 115 consid. 3.2.1).

L'adéquation (soit le caractère approprié) d'une mesure – qui présuppose que la condition de l'efficacité soit réalisée (ATF 133 V 115 consid. 2.2) –, 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 (ATF 139 V 135 consid. 4.4.2). Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe, dans le cas particulier, plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il convient alors 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).

7. a. Aux termes de l'art. 33 al. 1 LAMal, 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. Cette disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal. D'après l'art. 33 al. 3 LAMal, le Conseil fédéral détermine également 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. Le Département fédéral de l'intérieur, auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour les compétences susmentionnées (art. 33 al. 5 LAMal en relation avec l'art. 33 let. a et c de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 [OAMal – RS 832.102]), a promulgué l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS – RS 832.112.31). En vertu de l'art. 1 OPAS, l'annexe 1 à cette ordonnance énumère les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal – dispositions reprenant textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal – dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique ont été examinés par la CFPP et dont les coûts sont pris en charge, avec ou sans condition, ou ne sont pas pris en charge. Cette annexe ne contient pas une énumération exhaustive des prestations (remarques préliminaires annexe 1 de l'OPAS).

b. En présence de prestations fournies par un médecin (ou par un chiropraticien), qui n'ont pas été soumises à l'avis de la commission (art. 33 al. 3 LAMal et 33 let. c OAMal), il convient donc d'appliquer la présomption légale que le traitement répond aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. En effet, nombre de traitements remplissent ces conditions sans pour autant figurer dans l'annexe 1 à l'OPAS (arrêt du Tribunal fédéral 9C_328/2016 du 10 octobre 2016 consid. 3.2 et l'arrêt cité). En conséquence, l'annexe 1 OPAS contient une liste « négative » en tant qu'elle définit les prestations qui ne répondraient pas aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité ou qui n'y répondraient que partiellement ou sous condition (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 63/04 du 13 septembre 2004 consid. 2.3.1). Il s'agit là de toutes les prestations que la CFPP a examinées dans le cadre des art. 33 al. 1 LAMal et 33 let. a OAMal ou en application des art. 33 al. 3 LAMal et 33 let. c OAMal (ATF 129 V 167

consid. 4 in fine). 8. 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).!

9. a. 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).!

b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d). 10. En l'espèce, il est constant que le recourant souffrait depuis plusieurs années, d'une pathologie lombaire lorsqu'il a subi, le 11 janvier 2016, une discographie avec prothèse percutanée de type Gelstix®/Nucleofix® que l'intimée refuse à ce jour de prendre en charge, motif pris que son efficacité ne serait pas démontrée. Le recourant soutient pour sa part que l'intervention du 11 janvier 2016 s'est révélée concluante dans son cas, comme pour 80 % des patients (au nombre de cent) traités par le centre d'imagerie au moyen de la même méthode, et qu'en se soumettant à cette intervention, il aurait permis à l'intimée d'épargner des sommes considérables pour des prestations alternatives qui auraient été obligatoirement à sa charge. De son point de vue, le traitement par injection d'implants Gelstix®/Nucleofix® s'avérerait donc efficace, approprié et économique et répondrait ainsi aux conditions permettant d'envisager sa prise en charge par l'intimée. !

Au vu de la prise de position du 14 août 2018 de l'OFSP, il est établi qu'aucun fournisseur de prestations n'a soumis de demande d'examen de la méthode de traitement de renforcement discal par prothèse discale percutanée de type Gelstix®/Nucleofix® et qu'aucune assurance ou autre partie prenante n'a exigé que ladite méthode soit évaluée à la lumière des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. En conséquence, il n'existe pas de référence à ce type traitement dans l'annexe 1 OPAS. Aussi convient-il d'appliquer la présomption légale que le traitement prescrit par le Dr C _____ répond aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (cf. ci-dessus : consid. 7b). En vue d'illustrer cette conformité aux critères précités, le centre d'imagerie a transmis à l'intimée, le 11 mai 2016, une publication rédigée en anglais, émanant du fabricant de la solution Gelstix®, qui renvoyait à deux études clé (« key studies »). La première, avait fait l'objet d'une publication dans la European Musculoskeletal Review (2011, p. 184 ss), sous le titre « Shape Memory hydrogels – A

Novel Material for Treating Age-related Degenerative Conditions of Spine » et la seconde concernait un exposé d'un chirurgien britannique, le docteur Martin KNIGHT, présenté en 2013 à l'occasion du 6^{ème} congrès de la International Society for Minimal Intervention in Spinal Surgery (ISMIS), relatant les expériences accumulées sur environ trente-cinq patients que ce médecin avait traités au moyen de la méthode Gelstix® sur une durée d'un peu plus d'une année. La publication de la European Musculoskeletal Review, consultable en fichier PDF sur internet, consiste en définitive en une étude post-commercialisation, destinée à évaluer le potentiel de Gelstix® sur une vingtaine de patients atteints de dégénérescence discale. Il en ressort en synthèse qu'après une batterie de tests concluants effectués sur des lapins, les premiers essais effectués sur des humains avaient démontré que Gelstix® représentait un traitement sûr sans aucune complication rapportée et que le suivi des patients avait révélé une diminution significative des lombalgies. Et les auteurs de conclure que les premiers résultats obtenus sur la base de données cliniques humaines étaient prometteurs et suggéraient que les implants en hydrogel auraient un jour une large place, à mi-chemin entre les traitements conservateurs et les opérations chirurgicales majeures. Quant à l'étude du Dr KNIGHT, elle retrace sous forme de tableaux les trente-cinq cas traités avec indication de l'âge, du sexe, du type de vertèbre traitée (cervicales/lombaires) et du résultat opératoire, celui-ci allant de « satisfaisant » à « excellent ». S'agissant des sept autres références, comprises entre 2012 et 2014, elles ne font pas l'objet de réels développements de la part du fabricant ; il y est simplement renvoyé via des appels de note insérés dans des tableaux similaires à ceux qui synthétisent les cas traités par le Dr KNIGHT. Si l'on se réfère à des contributions plus récentes que celles mentionnées dans la documentation du fabricant de Gelstix®, il n'apparaît pas que l'état des recherches soit significativement plus avancé à ce jour. Il est ainsi indiqué dans un article paru dans la revue Médecine/Sciences (n° 12, vol. 30 décembre 2014, p. 1091 ss), intitulé « Médecine régénératrice du disque intervertébral » et reproduit dans la thèse de doctorat de Nina HENRY, soutenue le 20 juillet 2017 à l'Université de Nantes, (cf. <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=991b40c3-24fb-4b07-964e-8fc41d61b784>) qu'aucun essai clinique chez l'homme n'avait actuellement été effectué au moyen de biomatériaux (hydrogels) mais qu'une méta-analyse récente avait permis de comparer l'ensemble des études animales effectuées. Celle-ci montrait une amélioration au cours du temps des signaux IRM, reflétant l'hydratation des disques intervertébraux traités. L'absence de données biomécaniques ne permettait cependant pas de conclure quant à l'efficacité de cette stratégie d'ingénierie tissulaire sur l'amélioration de la résistance aux contraintes mécaniques des disques intervertébraux traités. « De multiples questions [restaient] donc encore en suspens, à commencer par la définition du biomatériau le plus adapté ». Dans le même ordre d'idées, une publication du British Institute of Radiology, intitulée « A review of percutaneous techniques for low back pain and neuralgia : current trends in epidural infiltrations, intervertebral disk and facet joint therapies (cf. <https://www.birpublications.org/doi/10.1259/bjr.20150357>) retenait en 2015 que les biomatériaux sous forme d'implants en hydrogel (introduits de manière percutanée au centre d'un disque intervertébral dégénéré en vue de restaurer sa fonction biomécanique) étaient théoriquement conçus pour augmenter la hauteur du disque et, dans le même temps, conserver leur forme sous pression. Cependant, leur efficacité sur le long terme et leur sécurité (notamment sous l'angle d'un risque de déplacement de l'implant) restaient à prouver (« are still to be proven »). Il ressort enfin du site américain « ClinicalTrials.gov » qu'en vue de la réalisation d'une étude sur les résultats cliniques du traitement des

dégénérescences discales au moyen de Gelstix®, notamment sous l'angle de la sécurité de cette méthode sur le long terme, un nombre de volontaires, estimé à septante-deux, a été recruté en parallèle par l'Hôpital de Lugano (Tessin) et le « Rijnstate Ziekenhuis », situé aux Pays-Bas, une partie des personnes se voyant administrer le traitement Gelstix®, qualifié de « experimental », et une autre partie un placebo (injection intradiscale d'une solution saline). Le début de l'étude était prévu pour avril 2016 et sa fin en août 2019 (cf. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/record/NCT02763956>). Il résulte de ce qui précède qu'au moment déterminant – qui est celui de la date du traitement litigieux (cf. ATF 133 V 115 consid. 4.2) –, il n'existait pas d'étude scientifique menée sur le long terme et réalisée selon des directives reconnues au plan international (cf. ci-dessus : consid. 6b). Au demeurant, le fait d'avoir recouru, dans l'étude précitée initiée en avril 2016, à un placebo à des fins comparatives démontre que la question de l'efficacité du traitement des dégénérescences discales au moyen du traitement Gelstix® est toujours en cours d'investigation. Au vu de ces éléments, les avis successifs émis par le Dr E_____ peuvent être suivis en tant qu'ils retiennent que les études disponibles sont lacunaires (car effectuées sur un petit nombre de patients), qu'elles ne permettent pas d'évaluer les résultats à moyen ou long terme et que par voie de conséquence, le critère d'efficacité n'est pas réalisé. Le fait que certaines caisses-maladie auraient pris en charge le traitement litigieux en faveur de leurs assurés n'y change rien. Le critère d'efficacité n'étant pas rempli, celui de l'adéquation ne peut pas l'être non plus (cf. ci-dessus : consid. 6b). Dans ces conditions, il n'est pas non plus nécessaire d'examiner plus avant le critère d'économicité. Enfin, la chambre de céans se dispensera, par appréciation anticipée des preuves (cf. ci-dessus : consid. 10b), de donner suite aux mesures d'instruction requises par le recourant, celles-ci n'étant pas de nature à prouver l'efficacité du traitement dont la prise en charge est litigieuse. 11. Le recours doit donc être rejeté. N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 LPA a contrario). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). ***** 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.