

Le litige soumis au TF porte sur la **prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des coûts afférents à une stimulation cérébrale profonde bilatérale à haute fréquence appliquée à un assuré souffrant d'un syndrome de Gilles de la Tourette pharmaco-résistant.**

Le traitement envisagé peut donner lieu à prise en charge selon le chiffre 2.3 « *neurologie, y compris la thérapie des douleurs et l'anesthésie* » de l'Annexe 1 de l'OPAS, mais ce traitement n'est **pas prévu spécifiquement en présence d'un syndrome de Gilles de la Tourette.** L'assureur-maladie a considéré qu'il découlait de l'énumération exhaustive de l'Annexe 1 de l'OPAS l'exclusion implicite d'un tel traitement en présence d'autres atteintes à la santé que celles prévues.

Le TF a rappelé que compte tenu de la grande retenue qu'il s'impose dans l'examen de l'OPAS et de ses annexes, **il ne saurait être question en l'espèce d'intervenir en cas de silence qualifié du DFI, soit lorsqu'il apparaît que celui-ci, avec l'aide de la CFPP – s'est penché sur une indication particulière qu'il a implicitement exclue. Mais, en l'occurrence, à l'inverse du cas 9C\_739/2012, on ne peut parler de silence qualifié en ce qui concerne l'indication du traitement envisagé pour un syndrome de Gilles de la Tourette.** Comme l'a mentionné l'OFSP lors de la procédure cantonale, aucune demande d'étendre les indications en vue d'une prise en charge obligatoire de l'électrostimulation des structures cérébrales profondes par implantation d'un système de neurostimulation n'a été soumise pour avis à la CFPP pour ledit syndrome. La commission s'est exclusivement prononcée à la requête des fournisseurs de prestations sur un certain nombre d'autres indications médicales. Dans ces circonstances, la juridiction cantonale ne saurait être suivie lorsqu'elle affirme que, l'énumération des conditions pour qu'une électrostimulation des structures cérébrales profondes soit prise en charge, est exhaustive. **En présence d'une prestation prescrite par un médecin pour une indication qui n'a pas été soumise à l'avis de la commission ou qui n'a pas été écartée implicitement par celle-ci, la présomption légale que le traitement répond aux exigences de la loi quant à son efficacité, son caractère approprié et économique s'applique pleinement.** Le fait que l'OFSP ne procède à l'examen d'une nouvelle indication liée à un traitement admis dans l'OPAS que sur demande d'un fournisseur de prestations n'y change rien. Le TF rappelle à cet égard que d'innombrables prestations médicales – ici indications médicales – ne figurent pas dans l'Annexe 1 de l'OPAS parce que la CFPP ne les a pas (ou pas encore) évaluées, faute de temps ou de moyens, respectivement de demande du fournisseur.

Le TF reproche ainsi à la juridiction cantonale de ne pas avoir examiné si la mesure en cause était couverte par la présomption légale posée par l'art. 32 al. 1 LAMal et renvoie la cause pour statuer sur ce point après avoir procédé aux constatations de fait nécessaires en requérant l'avis d'un expert.

**Auteure : Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne**

Recours contre le jugement de la Cour de justice de la République et canton de Genève, Chambre des assurances sociales, du 4 avril 2016.

#### Faits :

##### A.

A. est assuré auprès de Mutuel assurance maladie SA (ci-après: la caisse-maladie) pour l'assurance obligatoire des soins. Souffrant d'un syndrome de Gilles de la Tourette (caractérisé par des tics moteurs et sonores) pharmaco-résistant, il est suivi par le docteur B., spécialiste en neurologie auprès de l'Hôpital C.. Le médecin a préconisé en avril 2013 une stimulation cérébrale profonde bilatérale à haute fréquence et demandé à la caisse-maladie la prise en charge financière de ce

traitement au titre de l'assurance-obligatoire des soins "hors indication". Par décision du 27 novembre 2013, la caisse-maladie a refusé la prise en charge requise. L'assuré ayant contesté le prononcé, la caisse-maladie a, se fondant sur l'avis de deux médecins-conseils (du 5 février 2014), confirmé son refus par décision sur opposition du 11 avril 2014.

**B.**

A. a déféré cette décision à la Cour de justice de la République et canton de Genève, Chambre des assurances sociales. Après avoir notamment requis des renseignements auprès de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP; prise de position du 10 janvier 2015) et tenu une audience d'enquêtes (le 2 mars 2015), au cours de laquelle le docteur B. a été entendu, la Cour de justice a rejeté le recours (jugement du 4 avril 2016).

**C.**

A. forme un recours en matière de droit public contre ce jugement dont il demande l'annulation. Il conclut principalement et en substance à ce que la caisse-maladie soit condamnée à prendre en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins la stimulation cérébrale profonde appliquée au syndrome de Gilles de la Tourette et subsidiairement à ce que la cause soit renvoyée à l'autorité précédente pour qu'elle ordonne une expertise portant sur l'efficacité du traitement requis. La caisse-maladie conclut au rejet du recours, tandis que l'OFSP a renoncé à se déterminer.

**Considérant en droit :**

**1.**

Saisi d'un recours en matière de droit public, le Tribunal fédéral applique d'office le droit fédéral (art. 106 al. 1 LTF), sous réserve des exigences de motivation figurant à l'art. 106 al. 2 LTF. Il n'est limité ni par les arguments soulevés dans le recours, ni par la motivation retenue par l'autorité précédente; il peut admettre un recours pour un autre motif que ceux qui ont été invoqués et il peut rejeter un recours en adoptant une argumentation différente de celle de l'autorité précédente (ATF 142 V 118 consid. 1.2 p. 120).

**2.**

Le litige porte sur la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des coûts afférents à une stimulation cérébrale profonde bilatérale à haute fréquence appliquée à un assuré souffrant d'un syndrome de Gilles de la Tourette pharmaco-résistant.

**3.**

**3.1.** L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 (art. 24 LAMal). A ce titre, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 (art. 34 al. 1 LAMal).

**3.2.** Selon 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 (DFI), 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 OAMal),

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).

Conformément à l'art. 1 OPAS, l'Annexe 1 de 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 Commission fédérale des prestations générales et des principes de l'assurance-maladie (CFPP) et dont l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge. Cette annexe ne contient pas une énumération exhaustive des prestations (remarques préliminaires à l'Annexe 1 de l'OPAS; ATF 142 V 249 consid. 4.2 p. 251).

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 exigences de la loi quant à son efficacité, son caractère approprié et économique. En effet, nombre de traitements remplissent ces conditions sans pour autant figurer dans l'annexe 1 à l'OPAS (arrêt K 9/05 du 12 mai 2005 consid. 4.1).

**3.3.** Aux termes du chiffre 2.3 "Neurologie, y compris la thérapie des douleurs et l'anesthésie" de l'annexe 1 de l'OPAS, dans sa version en vigueur au moment de la survenance des faits juridiquement déterminants (ATF 136 I 121 consid. 4.1 p. 125), est obligatoirement prise en charge par l'assurance-maladie la mesure "Electrostimulation des structures cérébrales profondes par implantation d'un système de neurostimulation", aux conditions suivantes:

- Traitement des douleurs chroniques graves: douleurs de désafférentation d'origine centrale (par ex. lésion cérébrale ou intrarachidienne, lacération intradurale du nerf), lorsqu'il existe une indication stricte et qu'un test a été effectué au moyen d'une électrode percutanée. Le remplacement du générateur d'impulsions est une prestation obligatoire (dès le 1er mars 1995).
- Sévères dystonies et contrôle insuffisant des symptômes par le traitement médicamenteux (dès le 1er juillet 2011).
- Examens et opérations dans des centres spécialisés qui disposent des infrastructures nécessaires (neurochirurgie stéréotaxique, neurologie spécialisée dans les troubles moteurs, neuroradiologie).

#### **4.**

**4.1.** La juridiction cantonale a considéré que la caisse-maladie avait refusé à juste titre la prise en charge de la stimulation cérébrale profonde bilatérale à haute fréquence requise. Selon le libellé clair de l'Annexe 1 de l'OPAS, l'existence de "douleurs chroniques graves" ou de "dystonies sévères" était une condition pour qu'une électrostimulation des structures cérébrales profondes par implantation d'un système de neurostimulation fût prise en charge par l'assurance obligatoire des soins. Selon les premiers juges, il découlait de cette énumération exhaustive l'exclusion implicite d'un tel traitement dans les cas d'autres atteintes à la santé. Aussi, comme l'avait précisé l'OFSP, de nouvelles indications s'établissant dans la pratique médicale et ayant dépassé le stade de la recherche ne pouvaient être incluses dans l'obligation de prise en charge qu'une fois examinées par la CFPP sur demande des centres spécialisés et inscrites par le DFI à la liste des indications. Il n'y avait donc pas lieu d'examiner l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique de la mesure envisagée par le docteur B. pour traiter la maladie du recourant.

**4.2.** Le recourant reproche à la juridiction cantonale d'avoir violé le droit fédéral en considérant que la jurisprudence relative aux traitements inscrits dans la liste négative de l'Annexe 1 de l'OPAS s'appliquait au cas d'espèce (cf. ATF 125 V 21). Dès lors que la mesure thérapeutique en cause ne figurait pas dans une telle liste négative, elle ne pouvait pas être considérée comme ayant été

implicitement exclue.

## 5.

Dans le cas particulier, il est constant que la mesure en cause constitue une prestation dont la prise en charge a été admise par le DFI pour certaines indications qui n'incluent pas le syndrome de Gilles de la Tourette (supra consid. 3.3). Compte tenu de la grande retenue que s'impose le Tribunal fédéral dans l'examen de l'OPAS et de ses annexes (ATF 142 V 249 consid. 4.3 p. 252), il ne saurait être question en l'espèce d'intervenir en cas de silence qualifié du DFI (arrêt 9C\_739/2012 du 7 février 2013 consid. 4), soit lorsqu'il apparaît que celui-ci - avec l'aide de la CFPP - s'est penché sur une indication particulière qu'il a implicitement exclue.

## 6.

**6.1.** En l'occurrence et à l'inverse du cas 9C\_739/2012 précité, on ne peut parler de silence qualifié en ce qui concerne l'indication du traitement envisagé pour un syndrome de Gilles de la Tourette.

Comme l'a mentionné l'OFSP lors de la procédure cantonale (jugement attaqué, p. 7), aucune demande d'étendre les indications en vue d'une prise en charge obligatoire de l'électrostimulation des structures cérébrales profondes par implantation d'un système de neurostimulation n'a été soumise pour avis à la CFPP pour ledit syndrome. La commission s'est exclusivement prononcée à la requête des fournisseurs de prestations sur un certain nombre d'autres indications médicales. Dans ces circonstances, la juridiction cantonale ne saurait être suivie lorsqu'elle affirme que l'énumération des conditions pour qu'une électrostimulation des structures cérébrales profondes soit prise en charge est exhaustive. En présence d'une prestation prescrite par un médecin pour une indication qui n'a pas été soumise à l'avis de la commission ou qui n'a pas été écartée implicitement par celle-ci, la présomption légale que le traitement répond aux exigences de la loi quant à son efficacité, son caractère approprié et économique s'applique pleinement (ATF 129 V 167 consid. 4 p. 173).

Le fait que l'OFSP ne procède à l'examen d'une nouvelle indication liée à un traitement admis dans l'OPAS que sur demande d'un fournisseur de prestations (cf. prise de position du 10 janvier 2015) n'y change rien. On rappellera à cet égard que d'innombrables prestations médicales - ici indications médicales - ne figurent pas dans l'Annexe 1 de l'OPAS parce que la CFPP ne les a pas (ou pas encore) évaluées, faute de temps ou de moyens (ATF 129 V 167 consid. 4 p. 173), respectivement de demande du fournisseur.

**6.2.** La juridiction cantonale n'a pas examiné si la mesure en cause est couverte par la présomption légale posée par l'art. 32 al. 1 LAMal. La réalisation de ces conditions est par ailleurs litigieuse entre les parties. La caisse-maladie s'est référée à l'avis de ses médecins-conseils pour affirmer le caractère expérimental du traitement, tandis que le docteur B. s'est opposé à cet argument. Il appartiendra dès lors aux premiers juges, à qui la cause est renvoyée (art. 107 al. 2 LTF), de statuer sur ce point après avoir procédé aux constatations de fait nécessaires, le cas échéant en requérant l'avis d'un expert.

## 7.

Vu l'issue du litige, les frais afférents à la présente procédure seront supportés par l'intimée qui succombe (art. 66 al. 1 LTF).

### **Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce :**

1. Le recours est partiellement admis. Le jugement de la Cour de justice de la République et canton de Genève, Chambre des assurances sociales, du 4 avril 2016 est annulée. La cause est renvoyée à l'autorité précédente pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recours est rejeté pour le surplus.

2. Les frais judiciaires, arrêtés à 500 fr., sont mis à la charge de l'intimée.
3. L'intimée versera au recourant la somme de 2'800 fr. à titre de dépens pour la procédure devant le Tribunal fédéral.
4. Le présent arrêt est communiqué aux parties, à la Cour de justice de la République et canton de Genève, Chambre des assurances sociales, et à l'Office fédéral de la santé publique.