

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1766/2015

ATAS/959/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 octobre 2017

3^{ème} Chambre

En la cause

Mineur A_____, domicilié à CONFIGNON

recourant

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, Service juridique, sis
rue des Cèdres 5, MARTIGNY

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. L'enfant A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 2013, est affilié pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et accident auprès de MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA (ci-après : l'assurance).
2. Le 29 septembre 2014, l'assuré a subi une circoncision, pratiquée à l'Hôpital de la Tour par le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie pédiatrique. Dans le formulaire de consentement rempli à la même date, ce dernier a noté sous la rubrique « alternatives éventuelles » : «attendre 2-3 ans (!?)».
3. Le 6 octobre 2014, l'Hôpital de la Tour a établi une facture de CHF 2'024.08 pour cette intervention.
4. Par courrier du 21 octobre 2014, le Dr B_____ a précisé à l'assurance que le diagnostic posé était celui de phimosis résistant aux corticoïdes. Un traitement préalable avait été tenté. Le but de l'opération était médical.
5. L'assurance ayant refusé de prendre en charge l'intervention au motif que ce traitement ne relevait pas de l'assurance obligatoire, le Dr B_____ a contesté cette position par courrier du 10 novembre 2014 adressé au médecin-conseil de l'assurance, le docteur C_____. Le Dr B_____ a fait valoir qu'il ressortait du courrier du médecin traitant et de la copie du rapport opératoire qu'il y avait en l'espèce une indication médicale absolue, puisque, malgré un traitement de corticoïdes durant les premiers mois de vie, aucune amélioration n'avait été remarquée. La ballonnisation avait au contraire continué, ce qui justifiait l'intervention chirurgicale.
6. Par courrier du 12 novembre 2014 au Dr C_____, le docteur D_____, spécialiste FMH en pédiatrie et médecin traitant, a confirmé l'indication médicale de la circoncision, justifiée par l'aspect mal formatif du prépuce et un risque de complications urinaires après l'échec du traitement conservateur.
7. Par courrier du 26 novembre 2014, l'assurance a informé le Dr B_____ qu'elle persistait dans son refus de prise en charge.
8. Le 5 janvier 2015, la mère de l'assuré a expliqué que le Dr D_____ avait remarqué un phimosis - c'est-à-dire un rétrécissement de l'extrémité du prépuce - susceptible d'entraîner des infections, raison pour laquelle, en décembre 2013, il avait adressé l'enfant au Dr B_____, qui lui avait d'abord prescrit des corticoïdes, lesquels avaient été pris en charge par l'assurance. Lors d'un nouveau contrôle, le 15 septembre 2014 - également pris en charge par l'assurance -, le Dr B_____ leur avait suggéré de procéder à l'intervention.

La consultation préalable à l'intervention auprès de l'anesthésiste avait également été prise en charge par l'assurance, tout comme les médicaments prescrits suite à l'opération.

La mère de l'assuré a allégué que rien ne lui avait jamais permis de douter que l'opération ne soit pas strictement nécessaire et qu'elle puisse ne pas être prise en charge au titre de l'assurance obligatoire. Après l'intervention, le Dr B_____ avait d'ailleurs indiqué que le phimosis s'était révélé plus grave qu'il ne l'avait pensé, au point que l'atteinte n'aurait pu disparaître avec le temps.

La mère de l'assuré, après avoir relevé le défaut de spécialisation du Dr C_____ en pédiatrie, a reproché à l'assurance le manque de motivation de son refus de prise en charge.

Elle a fait valoir qu'une opération en milieu hospitalier et en ambulatoire, demandée par un médecin, devait être prise en charge par l'assurance obligatoire, d'autant que, selon le Manuel de la Société suisse des médecins-conseils et médecins des assurances, la circoncision était une prestation obligatoire en cas de phimosis ou d'adhérence préputiale.

Qui plus est, l'assurance avait remboursé les prestations préalables à l'opération, ce qu'elle considérait comme une admission de prise en charge du phimosis au titre de l'assurance obligatoire de soins.

Le 17 janvier 2015, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil de l'assurance, a répondu que le refus de prise en charge pouvait se baser sur la seule lecture du rapport opératoire, vu sa longue expérience de chirurgien dans le domaine. Il a expliqué qu'un prépuce étroit est naturel de naissance et qu'un phimosis chez un enfant d'une année et quatre mois n'est pas synonyme de maladie. Il ressortait du rapport opératoire que le décalottage avait pu se faire au Kreil (geste non traumatisant qui, avec l'expérience nécessaire, est exécutable sans anesthésie) et que les adhérences balano-préputiales ne couvraient que 20% du gland, ce qui était très peu. Aucune autre anomalie n'avait été relevée, qui aurait constitué un indice pour des infections actuelles ou passées. Partant, il n'y avait pas d'indication opératoire. Dans de telles situations, la prescription de pommade n'était guère efficace. Le Dr E_____ a conclu que les parents de l'assuré n'avaient pas été renseignés de manière nuancée sur la problématique du prépuce étroit et que les conséquences d'une non-intervention avaient été exagérées. Enfin, il a précisé que le prix d'une circoncision avoisinait d'ordinaire CHF 1'500.-.

9. Par décision formelle du 26 janvier 2015, l'assurance a refusé la prise en charge de l'intervention.
10. Par courrier du 16 février 2015, les parents de l'assuré ont contesté la forme et le contenu des courriers et décision de l'assurance. Ils ont réclamé l'avis complet du Dr E_____, les coordonnées complètes des Drs E_____ et C_____, ainsi que leurs date de naissance et lieu d'origine, et se sont enquis de l'identité des signataires de la lettre du 26 novembre 2014.

Ils ont par ailleurs invoqué le manuel de la Société suisse des médecins-conseils et des médecins des assurances, dont ils ont tiré la conclusion qu'il n'établissait pas de différence en termes de pourcentage minimal d'adhérences pour reconnaître la prise en charge d'une circoncision comme une prestation obligatoire de soin en cas de phimosis ou d'adhérence préputiale.

11. Le 19 février 2015, l'assurance leur a répondu en précisant les noms des signataires de son courrier du 26 novembre 2014 mais s'est refusée à leur communiquer les coordonnées de ses médecins-conseils en soulignant que l'organe faïtier Santésuisse avait confirmé que les assureurs n'avaient pas à transmettre ces informations aux assurés.
12. Les parents de l'assuré ont persisté à demander la prise en charge de la facture du 6 octobre 2014.

En substance, ils ont fait valoir qu'il convenait de supprimer du dossier les propos du Dr C_____, remplacé depuis lors par un autre médecin-conseil, ajoutant que rien ne démontrait que le Dr E_____ faisait autorité en matière de chirurgie pédiatrique.

Ils ont ajouté que le Dr B_____ avait indiqué un taux de 25% d'adhérences et non de 20%.

Enfin, ils se sont étonnés que l'assurance ait pris en charge les consultations et traitements préalables à l'intervention.

Selon eux, la décision litigieuse violait le principe de la bonne foi et de la confiance.

13. Le 13 avril 2015, le Dr E_____ a émis un nouvel avis.

Il a expliqué que le rapport opératoire était le seul document décrivant la situation objective après le décalottage sous narcose, que le status était calme et normal, avec quelques adhérences préputiales, habituelles à cet âge, ce qui correspondait aux indications des Drs B_____ et D_____, qui n'avaient jamais vu ou traité d'infections locales, que l'indication opératoire se fondait sur un phénomène de ballonnements décrits par le père de l'assuré, un aspect mal formatif du prépuce et un risque d'infections dans le futur mais qu'en l'absence d'une valeur de maladie étayée par les documents à disposition, l'indication opératoire n'était pas donnée.

14. Par décision du 23 avril 2015, l'assurance, se référant à l'avis de son médecin-conseil, a confirmé son refus de prise en charge.

Elle a souligné que le Dr E_____ disposait, en sa qualité de médecin-conseil agréé, des autorisations adéquates et évaluait les cas en toute indépendance ; sa légitimité ne pouvait être remise en question.

Quant aux griefs formulés à l'encontre de l'avis rédigé en vue de la décision du 26 janvier 2015, ils n'étaient pas fondés : l'avis du Dr E_____ était étayé et suffisamment détaillé.

Le status préopératoire n'avait en l'espèce pas valeur de maladie, de sorte que les conditions légales à la prise en charge de l'intervention n'étaient pas réalisées.

15. Le 26 mai 2015, les parents de l'assuré ont interjeté recours contre cette décision en concluant, sous suite de dépens, préalablement, à la « récusation » des Drs C _____ et E _____ et à ce que l'avis du Dr E _____ du 13 avril 2015 soit écarté, quant au fond, à la prise en charge par l'intimée de la facture du 6 octobre 2014.

Ils expliquent que l'utilisation des corticoïdes n'a pas permis de soulager leur fils, que la ballonnisation a persisté et en tirent la conclusion que la circoncision était la seule possibilité d'éviter une infection.

16. Invitée à se déterminer, l'intimée dans sa réponse du 19 juin 2015, a conclu au rejet du recours.

L'intimée reprend les arguments déjà développés dans ses décisions.

Elle explique que le phimosis est un phénomène normal, qui ne devient pathologique que lorsqu'il engendre des inflammations ou des infections.

Elle souligne qu'en l'occurrence, l'enfant n'était âgé que de seize mois au moment de l'intervention.

Elle allègue que l'âge auquel un enfant doit pouvoir décalotter est incertain. À cet égard, les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) recommande d'apprendre à un enfant à se décalotter doucement vers l'âge de 4 ou 5 ans.

Elle ajoute que le phimosis est un phénomène normal, qui ne devient pathologique que lorsqu'il engendre des inflammations ou des infections.

17. Par écriture du 17 août 2015, les recourants ont persisté dans leurs conclusions.

Ils ont en outre conclu à « l'irrecevabilité de la réponse de l'intimée pour défaut de signature des personnes autorisées à la représenter », puisqu'elles ne figurent pas au Registre du commerce et ne sont au bénéfice d'aucune procuration les autorisant à représenter l'intimée.

18. Par écriture du 1^{er} septembre 2015, l'intimée a rappelé qu'une société anonyme peut se faire représenter en autorisant un représentant à effectuer un acte juridique, qui peut être validé ultérieurement sans que cela ne soit constitutif d'un abus de droit. En l'espèce, sa volonté était d'être représentée par les signataires de la réponse, en faveur desquels elle avait établi des procurations. Pour le surplus, l'intimée s'est référée à sa réponse du 19 juin 2015.

19. Invitée par la Cour de céans à produire l'intégralité du dossier médical, l'intimée s'est exécutée le 12 novembre 2015 en transmettant notamment :

- un rapport opératoire du Dr B _____ du 29 septembre 2014, dont il ressort notamment que les adhérences balano-préputiales couvraient 25% de la surface du gland ;

- une prise de position du Dr E_____ du 28 octobre 2014, notant que le traitement par corticoïdes n'était pas prouvé et ne pouvait être considéré comme preuve d'une balanite et ajoutant que l'indication opératoire à cet âge est uniquement donnée lorsqu'un traitement médical avec suivi a été nécessaire ;
 - une prise de position du Dr E_____ du 28 octobre 2014, concluant que le status pré-opératoire ne prouvait pas l'indication opératoire.
20. Le 22 décembre 2015, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise à la doctoresse F_____, spécialiste FMH en chirurgie pédiatrique. Elle leur a accordé un délai pour faire valoir un éventuel motif de récusation et se déterminer quant aux questions à poser à l'expert.
21. Par courrier du 13 janvier 2016, l'intimée a indiqué n'avoir ni motif de récusation, ni questions complémentaires.
22. Les parents de l'assuré ne se sont quant à eux pas manifestés.
23. Le 24 février 2016, la Cour de céans a donc ordonné une expertise judiciaire, qu'elle a confiée à Dresse F_____, spécialiste FMH en chirurgie pédiatrique (ATAS/149/2016).
24. La Dresse F_____, après plusieurs demandes de prolongation, a finalement rendu son rapport le 27 mars 2017.

Elle y indique s'être basée sur le dossier médical de l'enfant, le dossier de la procédure et des renseignements médicaux complémentaires sollicités auprès du Dr B_____.

Elle explique qu'il n'a pas été nécessaire d'examiner l'enfant, puisque l'intervention a déjà eu lieu, et s'être fiée à l'examen clinique du Dr B_____, qui l'a examiné deux fois dans la période pré-opératoire.

De l'anamnèse, il ressort qu'une première consultation par le Dr B_____ a eu lieu le 6 janvier 2014. L'enfant, alors âgé de sept mois, présentait un phimosis (orifice étroit du prépuce) depuis la naissance, compliqué d'un ballonnement préputial lors des mictions, associé à une poussée abdominale afin de vider la vessie. Aucune érection n'avait encore été observée. L'enfant n'avait pas souffert d'infections locales ou urinaires jusqu'alors. Le reste de l'anamnèse était sans particularité. La Dresse F_____ relève que cet examen a permis de mettre en évidence, au niveau des organes génitaux externes, un phimosis très serré et un prépuce d'aspect inhabituel, dont l'orifice permettant le passage d'urine était étroit et se situait du côté dorsal du pénis, en décalage avec le méat urétral glandulaire sous-jacent non visible. Cela entraînait un ralentissement de l'écoulement de l'urine, avec un effet de ballonnisation du prépuce et de déviation du jet mictionnel. Il n'y avait pas de cicatrice visible, conséquence d'une inflammation, d'une infection ou d'une déchirure traumatique de l'anneau phimotique. Il ressortait du courrier adressé par le Dr B_____ au pédiatre, le 6 janvier 2014, que la localisation dorsale particulière de l'orifice urinaire du prépuce et son aspect étroit engendrait des problèmes

mictionnels, un traitement conservateur du phimosis par application locale de corticoïdes en crème avait été introduit dans le but d'assouplir et élargir l'anneau phimotique et lever ainsi l'obstacle partiel pour faciliter l'écoulement des urines et éviter qu'elles ne stagnent dans le prépuce, ce qui pourrait provoquer des épisodes d'inflammations, voire d'infections du prépuce et du gland. Le Dr B_____ concluait qu'en cas d'absence d'évolution favorable après l'âge d'un an, il faudrait se résoudre à pratiquer une circoncision.

L'enfant a été réexaminé par le Dr B_____ en date du 15 septembre 2014, alors qu'il était âgé de quinze mois. Le médecin a constaté que le traitement conservateur n'avait amené aucune amélioration de la situation locale : le phimosis serré d'aspect inhabituel persistait, de même que les symptômes de ballonnement du prépuce lors des mictions, associés à des poussées abdominales pour la vidange vésicale.

La circoncision a eu lieu sous anesthésie générale, en ambulatoire, le 29 septembre 2014. À cette occasion, le Dr B_____ a décrit une nouvelle fois l'aspect phimotique et dorso-latéral de l'orifice urinaire préputial, qu'il a expliqué avoir dû élargir en début d'intervention au moyen d'un instrument chirurgical. Des adhérences balano-préputiales ont été mentionnées, sur 25% de la surface glandulaire ; le méat urétral était normal. Les suites opératoires ont été simples, sans complications. La guérison a été complète.

La Dresse F_____ relève que le Service de chirurgie pédiatrique des HUG, dans son descriptif disponible sur Internet, explique que le phimosis sans complications est considéré comme physiologique jusqu'à l'âge scolaire primaire environ, et devient pathologique en présence de complications urinaires ou infectieuses.

Elle considère que l'atteinte de l'assuré était pathologique, avec, en raison de son aspect étroit et particulier, un obstacle partiel à l'écoulement des urines, provoquant des ballonnements du prépuce lors de la miction et une déviation du jet urinaire. Afin de favoriser la vidange vésicale, l'enfant s'aidait de poussées abdominales (contractions de la musculature abdominale pour augmenter la pression intra-abdominale), phénomène hautement évocateur d'un obstacle à l'écoulement urinaire. Il n'a toutefois pas souffert de complications inflammatoires ou infectieuses durant les premiers mois de vie.

La Dresse F_____ a rappelé que l'enfant avait bénéficié d'un traitement conservateur adéquat, consistant en l'application locale de crème à base de corticoïdes durant quatre semaines, qui s'est soldé par un échec. Elle considère qu'il est dès lors « logique » que l'indication à un traitement chirurgical ait été retenue.

Quant à la présence d'adhérences balano-préputiales, elle considère qu'elle n'est pas surprenante, puisqu'une majorité de la population pédiatrique masculine en présente. Elles sont physiologiques et ne posent habituellement pas de problème ; de plus, elles sont de résolution spontanée dans la plupart des cas.

La Dresse F_____ a confirmé qu'en cas de phimosis compliqué et résistant au traitement conservateur, un traitement chirurgical doit être discuté. La circoncision est l'une des options conseillées, l'autre étant la plastie du prépuce. Cette seconde alternative consiste en l'élargissement chirurgical, par incision dorsale, de l'anneau serré du prépuce en conservant ce dernier. Toutefois, cette technique peut aboutir à une récurrence, parfois cicatricielle, du phimosis, nécessitant une nouvelle opération, de type circoncision, cette fois. Elle n'est donc proposée que dans certaines situations bien définies, par exemple chez l'adolescent motivé et en mesure de procéder lui-même au décalottage quotidien durant la période post-opératoire, ce qui n'était manifestement pas le cas en l'occurrence.

La Dresse F_____ en tire la conclusion qu'en l'occurrence, la circoncision était une mesure efficace pour obtenir la suppression des symptômes urinaires présentés, pour favoriser l'écoulement urinaire et éviter d'éventuelles infections préputiales futures dues à la persistance de l'urine dans le prépuce et à l'impossibilité de procéder à un décalottage pour effectuer les mesures d'hygiène adéquates.

S'agissant de l'existence d'alternatives plus économiques, la Dresse F_____ a émis l'avis que le décalottage à la pince Crile, sans narcose, suggéré par le Dr E_____ n'était pas une option en l'occurrence, car ce geste est douloureux et peut provoquer de petites déchirures du prépuce, puis une cicatrisation fibreuse avec récurrence de phimosis, cicatriciel, dont l'unique traitement est la circoncision. Il est possible de procéder à un décalottage manuel à la pince Crile ou à la sonde boutonnée, sans incision, sous anesthésie locale, mais ce geste est réservé aux enfants plus grands (âge minimal requis : 2 ans).

Quant à évaluer les conséquences du report de l'intervention, la Dresse F_____ a reconnu qu'il lui était difficile de se prononcer. Elle a néanmoins émis l'avis qu'il était fort probable, au vu des ballonnements décrits, associés à un phénomène de poussées abdominales, que d'autres complications locales seraient survenues tôt ou tard, telles qu'inflammations ou infections du prépuce et du gland. Elle a souligné que se présentent, par année, un à deux cas de balano-posthite sévère dans un contexte de phimosis nécessitant une hospitalisation avec antibiothérapie intraveineuse durant plusieurs jours et en a tiré la conclusion que l'abstention chirurgicale ou le report ultérieur d'un geste chirurgical en présence d'un phimosis compliqué et résistant au traitement conservateur pouvait se révéler délétère.

En conclusion, la Dresse F_____ a indiqué ne pas partager l'appréciation du Dr E_____ : l'intervention effectuée chez l'enfant était à son avis nécessaire pour des raisons médicales et aucune alternative acceptable n'était envisageable.

Elle a ajouté que selon le manuel de la Société suisse des médecins-conseils (SSMC) produit par les parents de l'assuré (édition d'août 2010), la circoncision, en cas de phimosis ou d'adhérences préputiales, est qualifiée de prestation obligatoire, tout en précisant qu'à son avis, seul le phimosis compliqué ou persistant au-delà de l'âge du début de la scolarité et résistant au traitement conservateur devrait être

remboursé selon les tarifs en vigueur. Elle suggère que les recommandations de la SSMC soient d'ailleurs légèrement modifiées en ce sens.

25. Les parents de l'assuré se sont rangés aux conclusions de l'expertise.
26. Quant à l'intimé, il a persisté dans sa position.

Il relève que, selon la Dresse F_____ elle-même, une intervention ne se justifie guère avant l'âge de cinq ans, selon les directives des HUG, en l'absence de réelles complications. Il soutient que, dans la grande majorité des cas, le décalottage survient naturellement et d'éventuelles asymétries se corrigent spontanément avec la croissance. Selon lui, rien ne permet d'attester que tel n'aurait pas été le cas en l'espèce.

L'intimé souligne une fois encore qu'aucune infection répétée ou traitée n'a été décrite par les médecins traitants de l'assuré. Seul un risque de complications urinaires est évoqué. D'ailleurs, dans son rapport à l'assureur du 20 octobre 2014, le Dr B_____ ne mentionnait ni ballonnisation à la miction, ni infection urinaire.

L'intimé en tire la conclusion qu'il ne s'agit ni d'un phimosis physiologique - puisque l'assuré n'avait pas atteint l'âge de cinq ans -, ni d'un phimosis pathologique - puisqu'aucune complication urinaire ou infectieuse n'était intervenue.

En définitive, s'appuyant une nouvelle fois sur l'avis de son médecin-conseil, il maintient que, dans le cas de l'assuré, l'atteinte ne pouvait se voir reconnaître valeur de maladie.

Il reproche à l'expert judiciaire d'avoir conclu de manière arbitraire, sur la base de rapports médicaux attestant qu'il n'y avait ni complication urinaire, ni complication infectieuse, à une prise charge par l'assurance obligatoire des soins.

EN DROIT

1. Les questions de la compétence de la Cour de céans et de la recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été examinées dans l'ordonnance d'expertise, il n'y a pas lieu d'y revenir ici.
2. Le litige porte sur la question de la prise en charge, par l'intimé, de la circoncision pratiquée par le Dr B_____ au titre de l'assurance obligatoire des soins.
3. Conformément à l'art. 25 al. 1 LAMal, 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 doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal).

Une prestation est efficace au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal, lorsqu'elle est démontrée selon des méthodes scientifiques (cf. art. 32 al. 1 phr. 2 LAMal) et que

l'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie (ATF 139 V 135 consid. 4.4.1 et les références citées), à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (cf. ATF 130 V 532 consid. 2.2 ; ATF 9C_912/2010 du 31 octobre 2011 consid. 3.2 et les références citées ; ATF 128 V 165 consid. 5c/aa; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b). Cependant, on ne saurait de manière générale déduire de la disparition des symptômes postérieurement à l'opération que celle-ci était appropriée. En effet, tant l'efficacité d'une prestation que son caractère adéquat en tant que critères de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins doivent être appréciés de manière pronostique (ATF 130 V 303 consid. 5.2 et l'arrêt cité).

La question du caractère approprié d'une prestation s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 146 consid. 5). 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 (cf. ATF 139 V 135 consid. 4.4.2 ; cf. TF 9C_685/2012 du 6 mars 2013 consid. 4.4.2 et les références citées ; ATF 125 V 99 consid. 4a ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c).

Quant à l'exigence du caractère économique d'une prestation, elle ressort également de l'art. 56 al. 1 LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Comme le Tribunal fédéral des assurances l'a déjà relevé à propos de l'art. 23 LAMA, dont le contenu était analogue, les caisses sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses; elles y sont d'ailleurs obligées, dès lors qu'elles sont tenues de veiller au respect du principe de l'économie du traitement (FRANÇOIS-X. DESCHENAUX, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin, in: Mélanges pour le 75ème anniversaire du TFA, Berne 1992, p. 537). Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre caisses et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 125 V 98 consid. 2b et la jurisprudence citée).

Pour l'essentiel, ces principes conservent leur valeur sous le régime du nouveau droit (SVR 1999 no KV 6, p. 12 consid. 7 non publié aux ATF 124 V 128).

Enfin, on rappellera que les prestations obligatoires de l'assurance-maladie ne comprennent pas uniquement les mesures visant à supprimer une atteinte physique ou psychique, mais également les mesures préventives tendant à empêcher la survenance d'un dommage à la santé imminent ou l'aggravation d'un trouble existant, la condition étant toutefois l'existence d'un état maladif. Il n'y a en revanche aucune obligation de prêter pour les mesures purement prophylactiques entreprises en lien avec une atteinte future qui est tout au plus possible (ATF 118 V 107 consid. 7c).

4. En l'espèce, les avis des médecins traitants et médecins-conseils divergent sur le point de savoir si le phimosis dont souffrait l'assuré avant l'intervention avait ou non valeur de maladie et, partant, si la circoncision était indiquée, raison pour laquelle la Cour de céans a ordonné une expertise judiciaire ayant notamment pour objectif d'éclaircir cette question.

Se pose en premier lieu la question de la valeur probante à reconnaître au rapport d'expertise, contesté par l'intimé qui lui reproche d'avoir conclu « arbitrairement » à l'indication d'une opération en l'absence d'inflammation ou d'infection avérée.

C'est le lieu de rappeler qu'une expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (J. MEINE, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ?, in *Schweizerische Versicherungszeitschrift*, 67/1999, p. 37ss). Dans le même sens, BUEHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (BÜHLER, *Erwartungen des Richters an der Sachverständigen*, in *PJA* 1999 p. 567ss).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

En l'occurrence, l'expert a répondu aux questions posées et ses conclusions ne sont pas contradictoires, quoi qu'en pense l'intimé. La Dresse F_____, si elle a effectivement rappelé la position des HUG et celle des SSMC, s'est quant à elle clairement positionnée en faveur de l'existence d'une indication opératoire, qu'elle a justifiée, malgré l'absence d'inflammation ou infection avérée, par l'aspect

pathologique que revêtait l'atteinte chez l'enfant, du fait des ballonnements à la miction et de la nécessité de s'aider de poussées abdominales démontrant l'existence d'un obstacle à l'écoulement urinaire, qui l'ont conduite à qualifier le phimosis dont souffrait l'assuré de « compliqué ». En d'autres termes, le caractère adéquat de la prestation ne faisait donc aucun doute pour elle, pas plus que son efficacité, puisqu'elle permettait de favoriser l'écoulement urinaire et d'éviter d'éventuelles infections futures, dont elle a jugé qu'au vu des circonstances, la survenance était « fort probable ». À cet égard, la Dresse F_____ a souligné que l'abstention chirurgicale ou le report de l'intervention pouvait se révéler délétère. Il ressort de ce qui précède qu'il ne s'agissait donc pas d'une mesure purement prophylactique entreprise en lien avec une atteinte future tout au plus possible, mais bien d'une mesure préventive tendant à empêcher la survenance d'un dommage à la santé imminent ou l'aggravation d'un trouble existant, le phimosis présent en l'occurrence étant qualifié de pathologique.

Quant au caractère économique de la prestation, il est également donné, l'intervention ne pouvant à l'évidence être qualifiée d'inutile. En outre, l'expert a également expliqué de manière convaincante qu'en l'occurrence, elle n'aurait pu être remplacée par une autre mesure, moins onéreuse, le décalottage à la pince Crile ne pouvant être envisagé au vu de l'âge de l'assuré, pas plus que l'élargissement chirurgical, pour les mêmes raisons.

Eu égard aux considérations qui précèdent, il apparaît que c'est à tort que l'intimé a refusé la prise en charge de l'intervention pratiquée chez le recourant. Le recours est admis.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

Au fond :

1. Admet le recours.
2. Annule la décision du 23 avril 2015.
3. Dit que les frais de l'intervention du 29 septembre 2014 doivent être pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le