

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2133/2017

ATAS/329/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 avril 2018

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à COLOGNY, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Stéphanie LA ROCHE

recourant

contre

MUTUEL ASSURANCES MALADIE SA, sise rue des Cèdres 5,
MARTIGNY

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBÀ et Larissa
ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1965, a été affilié auprès de Mutuel assurance maladie SA (ci-après : l'assurance-maladie) pour l'assurance obligatoire des soins du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2015.
2. Le 14 novembre 2014, le docteur B_____, médecin praticien FMH auprès de la Seegarten Klinik de KLICHBERG, située dans le canton de Zurich, a adressé à l'assuré une facture de CHF 1'822.40, en lien avec des analyses réalisées en Allemagne et relatives à la borréliose contractée par ce dernier. La prise en charge de ces analyses a été refusée par l'assurance-maladie dans un décompte du 29 décembre 2014.
3. Le 18 janvier 2015, la Seegarten Klinik a adressé à l'assuré une facture de CHF 1835.05, en lien avec le traitement de sa borréliose par antibiothérapie et séances d'hyperthermie intégrale. Dans un décompte du 13 février 2015, l'assurance-maladie a refusé de prendre en charge les coûts de ce traitement.
4. Dans une ordonnance du 26 janvier 2015, le Dr B_____ a retenu le diagnostic de borréliose chronique active. Sur la base des antécédents médicaux, des symptômes cliniques et des résultats d'analyses du 19 novembre 2014, il a prescrit à l'assuré une antibiothérapie en conjonction avec une hyperthermie du corps entier et des perfusions. Dix séances étaient prévues et le coût total du traitement se montait à CHF 6'000.-.
5. Le même jour, l'assuré s'est adressé à l'assurance-maladie, afin de connaître les motifs du refus de prise en charge. Le 3 février 2015, cette dernière lui a répondu que l'assurance obligatoire des soins ne couvrait pas les coûts de ces prestations.
6. Le 1^{er} février 2015, la Seegarten Klinik a adressé à l'assuré une nouvelle facture de CHF 1'652.65, en lien avec le traitement de sa borréliose par thérapie antibiotique et séances d'hyperthermie intégrale, que l'assurance-maladie a refusé de prendre en charge, par décompte du 27 mars 2015.
7. Les 5 et 12 juin 2015, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, requis de l'assurance-maladie qu'elle lui fournisse plusieurs documents.
8. Par courrier du 23 juin 2015, l'intéressé a prié l'assurance-maladie de lui fournir le détail des prestations dont la prise en charge avait été refusée et formé opposition au courrier du 3 février 2015.
9. Le 24 juin 2015, l'assurance-maladie lui a répondu que les fournisseurs de prestations qui refusaient de fournir des prestations conformément à la loi sur l'assurance obligatoire des soins devaient l'annoncer à l'organisme désigné par le gouvernement cantonal, n'avaient droit à aucune rémunération et devaient en informer l'assuré. Selon les indications en sa possession, l'assurance obligatoire des soins souscrite par l'intéressé ne prévoyait pas la prise en charge des prestations dont il demandait le paiement.

10. Le 30 juin 2015, l'assurance-maladie a, sur demande de l'assuré, transmis à ce dernier un relevé des prestations médicales dispensées pour la période du 1^{er} janvier 2014 au 30 juin 2015.
11. Dans un rapport du 1^{er} octobre 2015 adressé au conseil de l'assuré, le Dr B_____ a notamment expliqué que la procédure d'analyse du laboratoire allemand était plus précise et fiable que de nombreux tests disponibles sur le marché et qu'il n'existait pas d'acteur en mesure de fournir la même prestation sur le marché suisse. En outre, il existait des cas d'infection aux borrélioses dans lesquels les anticorps contre les borrélioses étaient indétectables. Ce manque de fiabilité des diagnostics de laboratoire signifiait que des infections aux borrelies n'étaient pas détectées et que des traitements étaient interrompus prématurément, ce qui induisait des progressions chroniques. Le Dr B_____ avait donc décidé de coopérer avec un laboratoire allemand spécialisé dans la détection des différents anticorps contre les borrelies et les coïnfections. La recherche de diagnostics en lien avec des maladies causées par les borrélioses était encore loin d'un cadre directif clair. Cependant, sur la base de son expérience, il considérait que les analyses de laboratoire étendues avaient une valeur diagnostique et thérapeutique.

La borréliose lymphatique de stade III nécessitait la combinaison de plusieurs antibiotiques pour un traitement efficace. Il considérait que les résultats sur la modulation immunologique dans le cadre de la thermothérapie étaient extrêmement importants. L'hyperthermie profonde locale et l'hyperthermie intégrale offraient une approche thérapeutique très innovante, dans la mesure où elles augmentaient le potentiel des antibiotiques administrés par voies orale et intraveineuse et apportaient une stimulation au niveau immunologique. Les études actuellement menées dans deux centres de recherche américains renommés (MD Anderson Cancer Center, HOUSTON et Roswell Cancer Park Center, BUFFALO) utilisaient les mêmes équipements que ceux de la Seegarten Klinik. Les températures du traitement appliqué à l'assuré se situaient entre 39 et 39,5 C°. D'après ces études américaines, cette fourchette de température était sûre et offrait une bonne occasion de soutenir le système immunitaire dans la lutte contre les maladies infectieuses. Malheureusement, l'hyperthermie n'était actuellement pas une prestation prise en charge par l'assurance obligatoire des soins. Cette prestation n'était pas non plus une forme de thérapie reconnue par la plupart des assureurs complémentaires en Suisse.

12. Le 13 décembre 2015, le Dr B_____ a adressé à l'assuré une nouvelle facture relative à des analyses effectuées en Allemagne, pour un montant de CHF 2'198.-. Leur prise en charge a été refusée par l'assurance-maladie, dans un décompte du 22 janvier 2016.
13. Le 22 décembre 2015, l'assuré a adressé à l'assurance-maladie une demande motivée tendant à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des traitements et des analyses subies, en lien avec sa borréliose.

Il a largement repris le rapport du 1^{er} octobre 2015 du Dr B_____, insistant sur plusieurs points. Les analyses de laboratoire avaient révélé qu'il était porteur des trois principaux types de bactéries responsables de la borréliose. Pour que le traitement contre cette maladie soit efficace, il devait nécessairement être individualisé en fonction des types de bactéries présentes, du stade de développement de la maladie, des formes de sa manifestation et des caractéristiques immunologiques du patient, ce qui impliquait notamment des analyses de laboratoire particulièrement fines, allant au-delà de ce qui était habituellement requis pour la plupart des traitements médicaux. Or, aucun laboratoire suisse ne fournissait d'analyses répondant à ces critères de précision et de fiabilité, de sorte qu'il avait été nécessaire de se tourner vers des laboratoires allemands en mesure de détecter les borrélioses.

Suite à ces analyses, le Dr B_____ lui avait prescrit une antibiothérapie, impliquant la prise de plusieurs antibiotiques et dix séances d'hyperthermie intégrale, soit sur tout le corps, accompagnées de perfusions. L'hyperthermie était une approche thérapeutique hautement innovante, permettant d'accroître l'effet des antibiotiques administrés oralement et par intraveineuse, et d'améliorer le niveau immunologique. L'efficacité de cette thérapie, déjà reconnue dans la lutte contre certains cancers, avait également été démontrée empiriquement s'agissant de la borréliose. D'ailleurs, deux centres aux États-Unis employaient le même appareil que la Seegarten Klinik. Les températures de son traitement se situaient entre 39 et 39,5 degrés, ce qui permettait de soutenir son système immunitaire.

La borréliose dont il souffrait était couverte par l'assurance obligatoire des soins.

La liste des analyses prévoyait la prise en charge de diverses analyses en relation avec les borrélioses. Or, les analyses demandées en Allemagne par le Dr B_____ entraient dans cette catégorie. Ne pouvant être effectuées en Suisse à un degré de précision et de fiabilité suffisant, lesdites analyses avaient donc été légitimement réalisées en Allemagne et devaient par conséquent être prises en charge par l'assurance-maladie jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si les analyses avaient été réalisées en Suisse.

Quant au traitement médical, il existait une présomption selon laquelle les médecins fournissaient des prestations efficaces, adéquates et économiques. En l'occurrence, son traitement avait été prescrit par le Dr B_____. Il ne figurait ni sur la liste négative des prestations dont le remboursement était exclu, ni sur la liste non-exhaustive des prestations prises en charge. Il était efficace, puisqu'en l'état des connaissances scientifiques, il était démontré que l'hyperthermie constituait une méthode thérapeutique qui permettait de soigner certaines formes de cancer et la borréliose. Il était adéquat, ayant été prescrit par son médecin face à la nécessité de son état de santé. Il était enfin économique, dès lors qu'il n'existait à ce jour pas de méthode thérapeutique alternative pour le traitement de la borréliose et au vu du bénéfice thérapeutique élevé du traitement qui rendait son coût proportionné. Le

traitement satisfaisait donc aux conditions légales et devait être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

14. Dans un avis du 13 janvier 2016, le médecin-conseil de l'assurance-maladie a relevé que les examens étaient faisables en Suisse, qu'il était possible de consulter des infectiologues spécialisés, étant précisé que le Dr B_____ était un médecin praticien, et que l'hyperthermie était une méthode contestée, à moins que de la littérature ne prouve le contraire. En outre, le tarif du traitement était forfaitaire et hors du tarif conventionnel reconnu.
15. Par décision du 15 janvier 2017, l'assurance-maladie a refusé la prise en charge du traitement contre la borréliose et des analyses effectuées, dans la mesure où elle sortait du cadre légal de l'assurance obligatoire des soins.

Les analyses effectuées à l'étranger ne remplissaient pas les conditions de prise en charge, dans la mesure où la Suisse disposait des techniques d'analyse adéquates en la matière. Quant à la thérapie antibiotique conjuguée aux séances d'hyperthermie intégrale et aux perfusions, cette méthode était contestée. Elle ne remplissait donc pas les conditions d'efficacité, d'adéquation et d'économicité pour permettre sa prise en charge par l'assurance obligatoire des soins. Enfin, il a rappelé sa position exprimée dans son courrier du 24 juin 2015 par rapport à la question des tarifs facturés.

16. Le 16 février 2016, l'assuré a formé opposition contre cette décision. À l'appui de son écriture, l'intéressé a produit divers documents, dont des articles traitant de la borréliose et tirés de plusieurs sites internet.
17. Par courrier du 15 avril 2016, l'assurance-maladie a demandé au Dr B_____ une copie de l'étude mentionnée dans son rapport du 1^{er} octobre 2015 et de lui indiquer si la thérapie mise en œuvre avait permis de guérir l'intéressé, afin de vérifier les coûts et le droit aux prestations. Sans réponse du Dr B_____, l'assurance-maladie lui a adressé trois rappels, les 24 mai, 28 juin et 16 août 2016.
18. Le 20 octobre 2016, le Dr B_____ a répondu à l'assurance-maladie que pour autant que l'assuré n'ait pas été à nouveau infecté récemment, il devait être guéri de sa borréliose chronique.
19. Dans un avis du 21 décembre 2016, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin-conseil de l'assurance-maladie, a considéré que les analyses effectuées étaient médicalement indiquées, mais qu'elles auraient pu être effectuées dans un laboratoire suisse, en l'absence d'éléments lui permettant de confirmer que les analyses faites en Allemagne étaient plus précises qu'en Suisse. S'agissant de l'hyperthermie intégrale, au vu de « la littérature transmise », elle restait une méthode contestée dans le cadre du traitement de la borréliose, de sorte qu'elle ne satisfaisait pas aux conditions d'efficacité, d'adéquation et d'économicité requises par la loi.

Le Dr C_____ a précisé qu'il s'était vu remettre la prescription du 26 janvier 2015, le rapport du 1^{er} octobre 2015 et le rapport complémentaire du 20 octobre 2016 du Dr B_____. Le diagnostic retenu était celui de borréliose chronique. Le traitement proposé par le médecin traitant consistait en des analyses effectuées en Allemagne et un traitement d'hyperthermie intégrale avec antibiothérapie.

20. Par décision sur opposition du 30 mars 2017, l'assurance-maladie a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 15 janvier 2016.

Les analyses effectuées en Allemagne n'étaient pas une prestation médicale, mais une prestation de laboratoire, dont les conditions de prise en charge étaient réglées dans une liste dite positive, soit la liste des analyses. Le propre d'une telle liste était d'énumérer exhaustivement les prestations obligatoirement prises en charge. Pour qu'une prestation y figure, elle devait remplir les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité et suivre un processus jusqu'à son intégration. Si les prestations médicales ne faisaient l'objet d'aucune liste positive, tel n'était pas le cas des analyses de laboratoire, ce qui ne laissait aucune marge de manœuvre aux assureurs ou à d'autres instances. Cela étant, des analyses effectuées à l'étranger pouvaient aussi être admises dans la liste des analyses, sur la base d'une demande adressée à l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS). Dès lors, les analyses qui ne figuraient pas dans la liste précitée ne devaient pas être remboursées, qu'elles soient effectuées en Suisse ou à l'étranger.

Quant à la thérapie antibiotique conjuguée à des séances d'hyperthermie intégrale et à des perfusions, elle n'était pas inscrite dans l'ordonnance applicable, de sorte qu'elle devait être efficace, appropriée et économique pour pouvoir être prise en charge. L'efficacité devait être démontrée selon des méthodes scientifiques. Or, selon l'avis de son médecin-conseil et comme cela ressortait des « Journées internationales d'information sur les maladies vectorielles à tiques des 7 et 8 juin 2014 », la méthode n'avait pas été prouvée scientifiquement pour cette indication. Ainsi, elle ne remplissait pas les conditions légales de prise en charge, ce que le Dr B_____ mentionnait dans son rapport du 1^{er} octobre 2015.

21. Par acte du 15 mai 2017, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours à l'encontre de cette décision, concluant, sous suite de dépens, principalement à son annulation, à la condamnation de l'intimée à prendre en charge les coûts de son traitement médical suivi du 14 novembre 2014 au 31 décembre 2015 et des frais médicaux relatifs à sa borréliose, et subsidiairement à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

Il n'était pas contesté que les prestations dont il avait bénéficié jouissaient de la présomption légale selon laquelle elles étaient efficaces, appropriées et économiques. Cette présomption n'avait pas été renversée par l'intimée, laquelle se contentait d'affirmer que la méthode de soin n'avait pas été prouvée scientifiquement. Elle se fondait sur l'avis de son médecin-conseil, les propos

« travestis » du Dr B_____ et un document intitulé « Journées internationales d'information sur les maladies vectorielles à tiques » des 7 et 8 juin 2014. Ce document s'avérait être une simple prise de note qui ne comportait aucune référence et dont l'auteur était inconnu, de sorte que sa valeur probante devait être niée.

En tout état de cause, le traitement qui lui avait été prescrit était efficace, adéquat et économique. Selon les documents et articles scientifiques produits à l'appui de son recours, il était démontré que la chaleur impactait les borrelies et démultipliait l'effet des antibiotiques administrés pour le traitement de la borreliose. Médecins et scientifiques s'accordaient sur la nécessité de cumuler l'hyperthermie à la prise d'antibiotique pour lutter efficacement contre cette maladie. En 2014, ledit traitement n'était plus expérimental, mais déjà employé par de nombreuses cliniques à travers le monde, notamment en Allemagne. L'efficacité du traitement était en outre démontrée par l'amélioration de son état de santé. Le traitement était adéquat, dans la mesure où il avait été prescrit par un spécialiste et qu'il permettait de lutter contre sa maladie de la façon la plus complète possible. Il était établi que si la borreliose n'était pas suffisamment traitée, elle pouvait être à l'origine d'infirmités permanentes, de méningites, d'autres affections neurologiques, de paralysies, ainsi que de problèmes cardiaques pouvant entraîner la mort. Il allait donc sans dire qu'en l'absence de traitement, les coûts pour la société seraient bien plus conséquents. Il aurait pu être envisagé de traiter sa borreliose par la seule prise d'antibiotiques. Toutefois, il était admis depuis plusieurs années que la seule antibiothérapie était inefficace pour lutter contre la bactérie. Cela était d'autant plus vrai lorsque la maladie était déjà à un stade avancé, comme dans son cas. L'hyperthermie induisait certes un coût supplémentaire d'environ CHF 400.- par séance, mais augmentait par seize l'efficacité des antibiotiques.

Compte tenu de ces éléments, l'intimée avait violé la loi en refusant la prise en charge des coûts de son traitement. Si par impossible la chambre de céans devait refuser la prise en charge des coûts relatifs aux séances d'hyperthermie, il convenait à tout le moins d'admettre une prise en charge des coûts liés au traitement antibiotique administré, lequel était ordinairement admis.

Le recourant a joint à son recours plusieurs articles tirés de différents sites internet, portant sur la borreliose en général, et plus particulièrement sur la thérapie par hyperthermie.

22. Dans sa réponse du 31 août 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise, sous suite de frais et dépens.

Les analyses litigieuses avaient été réalisées en Allemagne, pour un montant de CHF 4'020.40. Force était de constater que ces analyses auraient pu être faites en Suisse et qu'elles figuraient dans la liste positive des analyses prises en charge. Aucune dérogation n'y était prévue par rapport à une réalisation à l'étranger. Dès lors, les analyses allemandes ne pouvaient pas être prises en charge.

Quant au traitement litigieux, il n'était pas inscrit dans l'ordonnance applicable, de sorte que pour pouvoir être pris en charge, il devait s'avérer efficace, approprié et économique. La prise en charge de l'hyperthermie n'était prévue que dans les cas d'oncologie et pour les membres, et non pour tout le corps. Dans le cas particulier, le traitement antibiotique combiné à des séances d'hyperthermie intégrale était prôné par certains médecins et critiqué par d'autres, de sorte que l'efficacité de ce traitement n'avait pas été démontrée scientifiquement. En outre, dans son rapport du 1^{er} octobre 2015, le Dr B_____ indiquait très clairement que l'hyperthermie n'était pas prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, ni même reconnue par la plupart des assurances complémentaires. Enfin, son médecin-conseil avait également confirmé que cette méthode thérapeutique n'avait pas été prouvée scientifiquement pour cette indication.

Par conséquent, le refus de prise en charge des analyses et du traitement était justifié.

23. Dans ses observations du 21 septembre 2017, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions.

Il avait démontré que l'efficacité du traitement qu'il avait suivi était largement admise par les chercheurs et les praticiens, alors que l'intimée s'était contentée d'en contester le principe, en s'appuyant sur deux pièces sans valeur probante.

Le document intitulé « Journées internationales d'information sur les maladies vectorielles à tiques » des 7 et 8 juin 2014 était une simple prise de note, non référencée, non signée et dont l'identité de son auteur était ignorée. Le docteur D_____, intervenant lors de cette conférence, était favorable au traitement de la borréliose par hyperthermie, selon ses déclarations du 21 mai 2014. En tout état de cause, le simple fait d'affirmer que certains médecins critiquaient l'efficacité du traitement par hyperthermie était insuffisant pour prétendre qu'elle n'était pas démontrée par des méthodes scientifiques.

Quant à l'avis du Dr C_____, il n'était pas une expertise, mais un acte interne, dont la valeur probante était contestée, compte tenu de son rapport de subordination avec l'intimée. Ce médecin concluait que l'hyperthermie intégrale demeurait contestée dans le cadre du traitement de la borréliose, tout en précisant que son avis était fondé sur « la littérature transmise », sans qu'il précise sa nature ou son origine.

En tout état de cause, il existait une présomption légale selon laquelle le traitement prescrit par le Dr B_____ était efficace, approprié et économique.

24. Dans ses observations du 5 octobre 2017, l'intimée a également persisté dans ses conclusions.

Dans le cadre de ses écritures, le recourant avait produit diverses pièces selon lesquelles le traitement litigieux serait scientifiquement prouvé. Tel n'était pourtant pas le cas. Certaines de ces pièces provenaient de sites internet de cliniques

proposant le traitement en question, de sorte qu'il était normal que ces établissements vantent les mérites de leurs prestations. Plusieurs autres pièces consistaient en des résumés d'observations faites sur une patientèle limitée et non une étude scientifique. En outre, ces documents retenaient que l'hyperthermie « pouvait » jouer un rôle, ce qui était insuffisant pour constituer une preuve scientifique.

Quant aux déclarations du 21 mai 2014 du Dr D_____, le recourant n'en relevait que quelques mots, hors de leur contexte. Ce médecin émettait l'hypothèse de l'efficacité de l'hyperthermie, tout en retenant que des études devaient être menées à ce sujet.

L'intimée rappelait une fois encore que dans son rapport du 1^{er} octobre 2015, le Dr B_____ soulignait que l'hyperthermie n'était pas prise en charge par l'assurance obligatoire des soins et qu'elle n'était pas reconnue par la plupart des assurances complémentaires.

Enfin, le Dr C_____ confirmait que l'efficacité de l'hyperthermie n'avait pas été prouvée scientifiquement pour traiter la borréliose. D'ailleurs, ni l'Office fédéral de la santé publique (ci-après : OFSP), ni la ligue suisse des personnes atteintes de maladies à tiques ne préconisaient un tel traitement. Certains médecins défendaient et dispensaient cette méthode thérapeutique. D'autres estimaient que des études devaient être faites à ce sujet. Toutefois, aucune étude au sens scientifique du terme n'avait à ce jour prouvé son efficacité. Dès lors, les conditions de prise en charge des coûts liés à ce traitement n'étaient pas remplies.

25. À la suite de quoi la cause a été gardée à juger.

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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Selon l'art. 1 al. 1 de la LAMal, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, sont applicables au cas d'espèce.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
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.

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 1^{er} 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],

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

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 satisfierait-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-FELLAY, 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

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.

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

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.

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

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).

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).

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).

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).

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 1^{er} 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 1^{er} octobre du Dr B_____, lequel relève que l'hyperthermie n'est pas prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, il

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 1^{er} 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.

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).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 30 mars 2017 en tant qu'elle refuse la prise en charge des coûts du traitement par antibiothérapie et séances d'hyperthermie intégrale avec perfusion.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant le montant de CHF 1'000.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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