

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 octobre 2016

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente

Mme Berberat et M. Piguet, juges

Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourant, représenté par DAS Protection Juridique SA, à Etoy,

et

E._____, à [...], intimée.

Art. 25 al. 1 et al. 2 let. b, 32 al. 1 et 52 al. 1 let. b LAMal ; art. 71a OAMal.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1969, est affilié auprès d'E._____ (ci-après : E._____ ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins (ci-après : AOS) en cas de maladie et d'accident, ainsi que pour diverses assurances complémentaires.

Le 25 février 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) tendant à l'octroi d'une rente. Dans un rapport du 19 novembre 2007, le médecin du Service médical régional de l'AI a indiqué que le syndrome de Gilles de la Tourette était une maladie se caractérisant par des tics d'apparition subite, des troubles du comportement d'apparition imprévisible et des troubles neurovégétatifs à manifestations imprévisibles, dans le cas précis, des besoins d'aller à la selle. Il a retenu que ces différents éléments étaient quasiment incompatibles avec une activité lucrative auprès d'un employeur. Par décision du 27 février 2008, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, à partir du 8 mai 2004.

A l'occasion d'un contrôle, E._____ a constaté que l'assuré retirait le médicament Imodium, ou son générique, le Lopéramide, en grandes quantités auprès de nombreuses pharmacies, sur la base d'ordonnances portant le timbre du Dr R._____, spécialiste en neurologie.

Le 22 août 2014, dans le but d'examiner son obligation d'allouer des prestations, E._____ a adressé un questionnaire au médecin susmentionné.

Par courrier du 28 août 2014, le Dr R._____ a expliqué que l'assuré souffrait d'une maladie de Gilles de la Tourette et de troubles obsessionnels compulsifs. Il a exposé que la prise importante de Lopéramide était la seule solution pour l'assuré de sortir au moins certains

jours. Il a estimé que le profit thérapeutique, même au prix d'une consommation excessive du médicament, était très clair, puisque l'assuré pouvait sortir et avoir une certaine vie sociale.

A ce courrier était joint un rapport du 9 mai 2007 que le Dr R._____ avait adressé à l'OAI. Il exposait que les troubles obsessionnels compulsifs dont souffrait l'assuré étaient tout à fait particuliers, puisque depuis de nombreuses années, lorsque ce dernier devait absolument sortir, il avait un besoin impératif d'aller à la selle. De ce fait, il consommait des quantités impressionnantes de médicaments, soit de l'Imodium ou du Lopimed, avec des doses de l'ordre d'une boîte par jour.

Par lettre du 16 octobre 2014, E._____ a informé l'assuré que selon son médecin-conseil, le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale, auquel les documents susmentionnés avaient été soumis, il n'y avait pas d'indication médicale pour un dépassement de quantité. Dès lors, E._____ a annoncé qu'à partir du 1^{er} novembre 2014, sa participation se limiterait à la quantité maximale prévue par Swissmedic pour l'Imodium, à savoir huit comprimés par jour.

Par courrier du 30 octobre 2014, le Dr R._____ a demandé à ce que la décision concernant la prise en charge du Lopéramide soit reconsidérée. Il a dressé un tableau complet de la situation médicale de l'assuré, qu'il suit depuis 2002. Il a exposé qu'en raison de l'augmentation des symptômes, l'assuré avait été licencié en 2003 et avait été mis au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité en 2008. Le Dr R._____ a souligné que les troubles avaient augmenté progressivement, avec actuellement une consommation très élevée de Lopéramide. Ce médecin a expliqué que les essais de sevrage, y compris aux Hôpitaux V._____ (ci-après : V._____), n'avaient pas réussi et que les différents traitements médicamenteux n'avaient pas été efficaces. Il a ajouté que l'assuré n'avait pas les moyens financiers de payer lui-même les médicaments supplémentaires. Pour finir, il a indiqué qu'il craignait, faute d'alternative

thérapeutique, une décompensation « plus psychiatrique » si cette situation ne pouvait être maintenue.

A son courrier étaient notamment annexés les rapports suivants :

- un rapport établi le 15 novembre 2002 par ses soins, duquel il ressortait que l'assuré consommait en moyenne trois comprimés d'Imodium par jour, ceci depuis une douzaine d'années. Le Dr R. _____ a en particulier fait état de ce qui suit :

« Anamnèse :

[...] [L'assuré] consulte car il souffre depuis de nombreuses années de problèmes pour aller à selle. C'est un peu en désespoir de cause qu'il consulte un neurologue, car il a consulté déjà des gastro-entérologues qui ont fait plusieurs examens, toujours normaux. Le problème est un besoin impérieux d'aller à selle survenant dans des circonstances bien précises, soit lorsqu'il doit sortir de chez lui [...]. Cette symptomatologie a motivé la prise d'Imodium devenant de plus en plus importante, constante et nécessaire [...]. En moyenne, il va à selle de façon très irrégulière parfois jusqu'à 8 fois par jour et parfois pas du tout pendant une voire deux semaines. Il alterne ainsi diarrhée et constipation. [...]

Discussion :

[...] Les troubles digestifs pourraient bien être une expression un peu inhabituelle d'un trouble obsessionnel compulsif, maintenant perturbé par la prise chronique d'Imodium. »

- un rapport d'intervention psychiatrique daté du 4 mai 2009, établi par le Département de psychiatrie des V. _____ dans le cadre de l'hospitalisation de l'assuré, effectuée dans le but d'un sevrage au Lopéramide. Il ressortait à l'anamnèse que l'assuré ne sortait plus de chez lui depuis quatre ans, à moins de prendre de l'Imodium à des doses de plus en plus fortes, atteignant désormais 80 mg par jour [soit 40 comprimés]. L'intéressé avait consulté plusieurs spécialistes depuis le début des symptômes en 1987, mais n'avait jamais bénéficié d'une évaluation psychiatrique. Des symptômes de manque survenaient les jours où il ne prenait pas le traitement, c'est-à-dire les jours où il ne sortait pas. L'évaluation psychiatrique a

confirmé un trouble obsessionnel compulsif ainsi qu'un syndrome de Gilles de la Tourette. Le rapport indiquait que l'assuré présentait une symptomatologie évocatrice d'un trouble obsessionnel-compulsif avec pensée obsédante au premier plan, soit la crainte de ne pouvoir retenir ses selles dans un lieu inadéquat, qui représentait un handicap majeur dans sa vie, celle-ci étant organisée autour de cette idée obsédante, avec un évitement de toute situation à risque et un abus grave de Lopéramide. Une psychothérapie de type cognitivo-comportementale était proposée ;

- un rapport du 11 mai 2009 du Dr J._____, chef de clinique aux V._____, faisant suite à l'hospitalisation précitée de l'assuré, ayant eu lieu du 4 au 8 mai 2009. Il faisait notamment état de ce qui suit :

« Ces symptômes sont apparus en 1988 alors que le travail du patient l'obligeait à de fréquents déplacements, le privant ainsi d'un accès à des sanitaires [...]. Le patient a d'abord modifié son comportement (modification des trajets, anticipation des besoins d'aller à selles), puis a débuté une prise de Lopéramide qu'il a dû progressivement augmenter en raison de perte d'effet constipant au cours du temps durant ces 20 dernières années. Depuis 4 ans, il consomme environ 40 cp [comprimés] de 2 mg en 1 prise le matin environ 3-4 x/semaine. Il ne consomme pas de Lopéramide en dehors des sorties de son domicile et décrit des symptômes évocateurs d'un sevrage qui apparaissent 24h-48h après le médicament (sueurs froides, crampes généralisées, irritabilité et des selles profuses 5 à 10 selles/j). Le patient ne consomme aucun autre traitement [...]. Le patient a consulté différents spécialistes ces 20 dernières années avec des colonoscopies, biopsies et des transits et des tentatives de Metamucil carbo-levures sans amélioration du transit. On décrit également un syndrome de l'intestin court lors d'un examen radiologique ancien. Il n'a également pas répondu à un traitement de clonazépam et de bromazépam ni à un traitement d'antidépresseurs. L'hypnose n'a pas révélé d'amélioration, la réflexologie a eu une amélioration transitoire qui n'a pas perduré. »

Dans un courrier du 3 novembre 2014 adressé au Dr R._____, le Dr F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et médecin-conseil d'E._____, a indiqué qu'il ne doutait pas de la pertinence de l'attitude thérapeutique de son confrère dans ce cas particulier, mais lui a rappelé la dose maximale journalière prévue pour l'Imodium selon l'enregistrement auprès de Swissmedic. Il a relevé que les doses absorbées par l'assuré étaient bien supérieures, soit

7'680 comprimés en 90 jours. Il a ajouté qu'une telle consommation ne pouvait être médicalement justifiée ou cautionnée.

Par lettre du 4 novembre 2014, se référant à l'avis du Dr F._____ susmentionné, E._____ a informé qu'elle maintenait sa décision conformément à sa correspondance du 16 octobre 2014.

Dans un courrier du 3 février 2015, l'assuré a demandé à ce qu'une décision formelle soit rendue. En outre, il a indiqué que, faute de précision concernant les médicaments génériques, il considérait que ceux-ci lui seraient remboursés jusqu'à l'envoi de dite décision. Il a exposé qu'il ne pouvait avoir un minimum de vie sociale sans la prise de ces médicaments. Il a expliqué que si ceux-ci ne lui étaient plus remboursés, il allait se diriger vers un médecin-psychiatre afin d'essayer d'arranger au mieux son problème et de discuter avec lui de la possibilité d'avoir une intervention chirurgicale.

Par courrier du 26 février 2015, l'assuré, représenté par DAS Protection Juridique SA, a à nouveau contesté la position d'E._____. Il a soutenu que le but thérapeutique des doses prescrites par le Dr R._____ avait été parfaitement justifié par ce dernier dans ses correspondances des 28 août et 30 octobre 2014. L'intéressé a affirmé que ce dosage était d'autant plus justifié qu'il ne semblait pas y avoir d'alternative thérapeutique, avec le risque d'une décompensation au plan psychiatrique dans le cas d'un dosage plus faible.

Par décision du 19 mars 2015, E._____ a refusé la prise en charge du médicament Imodium ou de ses génériques au-delà de la posologie admise par Swissmedic, à savoir huit comprimés par jour, et retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition. Elle a considéré que les conditions nécessaires à la prise en charge des médicaments dépassant cette quantité n'étaient pas remplies. A cet égard, elle s'est référée à l'avis de ses deux médecins-conseils, qui considéraient qu'aucune situation médicale ne justifiait une telle consommation d'Imodium. D'après eux, il ne s'agissait pas d'un traitement médicalement reconnu pour

traiter la pathologie de l'assuré. Par ailleurs, E._____ a indiqué que la posologie susmentionnée était également applicable aux génériques. Elle a également informé qu'elle ne prendra pas en charge les médicaments dépassant la posologie admise par le biais des assurances complémentaires souscrites par l'assuré.

Par acte du 4 mai 2015, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Reprenant les arguments formulés dans son courrier du 26 février 2015, il a ajouté qu'il n'était pas en mesure de supporter financièrement ce dosage.

Par écriture complémentaire du 24 août 2015, l'intéressé a soutenu qu'il était manifeste que la limitation de la prise en charge de l'Imodium à la posologie maximale prévue par Swissmedic était dictée uniquement par le critère de l'économicité, au mépris des deux autres critères prévus par la loi, à savoir l'efficacité et l'adéquation. Selon lui, il en résultait une décision arbitraire et discriminatoire. Par ailleurs, il a contesté l'appréciation des médecins-conseils d'E._____, selon laquelle il n'y aurait aucune situation médicale justifiant une telle consommation d'Imodium. Il a allégué à cet égard que sa situation médicale était tout à fait particulière, et ressortait notamment du rapport d'intervention psychiatrique de liaison des V._____ rédigé le 4 mai 2009, du rapport médical du 11 mai 2009 établi par le Dr J._____, ainsi que des différentes correspondances du Dr R._____. Il a précisé que dans un courrier du 30 octobre 2014, ce médecin indiquait que cette consommation excessive d'Imodium était la seule possibilité pour son patient de sortir. Ce praticien exposait également que les essais de sevrage n'avaient pas réussi et que les différents traitements médicamenteux n'avaient pas été efficaces. L'assuré a dès lors conclu que le profit thérapeutique des doses prescrites par le Dr R._____ était avéré et ne pouvait nullement être remis en cause, en l'absence de toute alternative thérapeutique. Selon l'intéressé, il s'agissait donc d'une situation exceptionnelle justifiant que le dépassement de la posologie maximale prévue par Swissmedic soit pris en charge au titre de l'AOS, selon l'art. 71a OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-

maladie ; RS 832.102). Il a soutenu que les trois critères posés par la seconde hypothèse de cette disposition étaient remplis. A cet égard, il a indiqué que dans son rapport du 30 octobre 2014, le Dr R._____ avait mis en évidence un risque de décompensation psychiatrique, si son patient ne pouvait maintenir sa consommation journalière élevée. Deuxièmement, ce médecin avait exposé que le profit thérapeutique, même au prix d'une consommation excessive, était clair, étant donné que son patient pouvait sortir et avoir une certaine vie sociale. Pour finir, l'assuré a retenu qu'il n'y avait pas d'alternative thérapeutique.

Par décision sur opposition du 23 septembre 2015, E._____ a rejeté l'opposition formée par l'assuré et a confirmé la décision rendue le 19 mars 2015. Elle a commencé par rappeler que la prescription de comprimés d'Imodium à l'assuré dépassait les limitations quantitatives prévues. Elle a précisé qu'au vu des quantités consommées, l'abus était même considéré comme « grave » par les différents médecins intervenants, se référant notamment au rapport des V._____ établi le 4 mai 2009. Puis, concernant l'application de l'art. 71a al. 1 let. b OAMal, elle a tout d'abord relevé que l'assuré consommait de l'Imodium pour éviter de devoir aller à la selle au moment de sortir et donc, avoir un semblant de vie sociale. Elle a indiqué qu'elle ne voyait pas en quoi le fait d'aller souvent à la selle, ou l'absence de vie sociale, constituerait un grave problème de santé. Ensuite, elle a retenu que l'effet escompté n'était donc pas d'ordre thérapeutique, mais social, et que le bénéfice n'était pas élevé, étant donné que cela ne permettait à l'assuré que de sortir de temps à autre de chez lui. Elle a ajouté que l'efficacité de ce médicament était plus que contestable dans la mesure où l'intéressé alternait diarrhée et constipation. Pour finir, elle a indiqué que des alternatives thérapeutiques étaient envisageables, l'assuré ayant lui-même expliqué, dans son courrier du 3 février 2015, qu'il allait se diriger vers une intervention chirurgicale si l'Imodium ne lui était plus remboursé. Ainsi, elle a considéré que les conditions prévues par la disposition précitée n'étaient pas remplies. Par ailleurs, citant le Dr F._____, qui avait affirmé qu'une telle consommation ne pouvait être médicalement justifiée ou cautionnée, elle a indiqué que le critère d'adéquation faisait

défaut. A cet égard, E._____ a rappelé que c'était au départ une automédication qui avait mené à la situation désastreuse actuelle, et que les médicaments avaient été utilisés sans respecter la notice. Se référant à une remarque du Dr R._____, qui avait mentionné, dans son rapport du 15 novembre 2002, que les « troubles digestifs pourraient bien être une expression un peu inhabituelle d'un trouble obsessionnel compulsif perturbé maintenant par la prise chronique d'Imodium », E._____ a relevé que la consommation excessive de ce médicament pourrait contribuer aux troubles digestifs de l'assuré. Elle a ajouté que ce dernier a dû se rendre dans douze pharmacies différentes pour se procurer la quantité désirée d'Imodium, car si une seule pharmacie avait été sollicitée, elle aurait refusé la délivrance des médicaments, ceci pour des raisons médicales. Ainsi, elle a indiqué que ce n'était pas uniquement l'absence d'économicité qui avait motivé son refus de prester, mais surtout l'absence d'adéquation et d'efficacité du traitement.

B. Par acte du 26 octobre 2015, X._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à l'annulation de celle-ci et à la prise en charge par l'AOS à titre exceptionnel de l'Imodium suivant les prescriptions du Dr R._____ de 85 comprimés par jour, dès le 1^{er} novembre 2014, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise médicale et à un nouvel examen des pièces du dossier. Il rappelle que le but thérapeutique des doses prescrites par le Dr R._____ a été parfaitement justifié par ce dernier dans ses correspondances des 28 août et 30 octobre 2014, puis reprend les motifs exposés dans son écriture du 24 août 2015 à l'appui de son opposition. En outre, se référant à un rapport du 12 octobre 2015 du Dr R._____, il explique que la colostomie a bien été envisagée, mais qu'elle ne peut être retenue comme une alternative thérapeutique. Il ajoute que ce médecin a tenté pendant des années de trouver des solutions alternatives à la prise excessive d'Imodium.

A cet acte est notamment annexé le rapport précité du 12 octobre 2015 établi par le Dr R._____ à la demande du recourant. Ce

médecin estime que le médicament Imodium permet à l'intéressé de lutter contre une maladie susceptible de lui causer des problèmes de santé graves et chroniques. Il précise que le traitement du syndrome de Gilles de la Tourette doit être adapté à chaque patient et à chaque problème. Il relève que la prise d'Imodium est d'ordre thérapeutique, pour permettre à l'assuré de réaliser quelques sorties indispensables. Il estime que l'Imodium a été efficace durant de nombreuses années, puisqu'il a notamment permis à l'assuré de travailler. Il considère que la consommation d'Imodium répond également au critère de l'adéquation. Il indique que ce médicament a été durant plusieurs années la seule et la meilleure alternative. Quant à la question d'un traitement chirurgical, il explique qu'il avait rédigé un courrier en ce sens au médecin chef du service du département de chirurgie des V._____, qui lui a indiqué qu'il ne retenait pas une colostomie comme alternative thérapeutique raisonnable.

Dans sa réponse du 30 novembre 2015, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle considère que les conditions de l'art. 71a OAMal ne sont pas remplies. Concernant la première condition, se référant à un avis du 4 novembre 2015 du Dr F._____, elle relève que ce médicament n'a aucun effet sur le décours de la maladie. Elle rappelle que c'est au départ une auto-médication et une utilisation de ces médicaments à mauvais escient qui ont mené à la situation actuelle, et que la consommation excessive d'Imodium pourrait elle-même contribuer aux troubles digestifs du recourant. En outre, se fondant sur l'avis susmentionné de son médecin-conseil, elle retient que la prescription de l'Imodium se justifie essentiellement en raison de la dépendance développée par le recourant, afin d'éviter une symptomatologie de manque, ainsi qu'un risque de décompensation « plus psychiatrique », comme mentionné par le Dr R._____ dans son courrier du 30 octobre 2014. A cet égard, elle explique que pour justifier un dépassement de posologie, le médicament litigieux doit avoir pour but de lutter contre une maladie, et non contre les symptômes liés à une dépendance. Elle estime que si une décompensation devait avoir lieu, le recourant devrait faire l'objet d'une prise en charge adéquate du point de vue psychiatrique et non pas être traité par

l'absorption massive d'antidiarrhéiques. Elle conclut que le traitement par Imodium n'est pas adéquat. Concernant la deuxième condition, elle considère que le bénéfice thérapeutique n'est pas élevé, puisque la surconsommation du médicament litigieux ne permet au recourant que de sortir de temps à autre de chez lui. Se référant à l'avis du 4 novembre 2015 précité de son médecin-conseil, elle retient que le critère d'efficacité n'est pas rempli. Dès lors, elle conclut que les critères de l'art. 71a OAMal ne sont pas remplis. Elle rappelle que son refus de prester est essentiellement fondé sur l'absence d'adéquation et d'efficacité du traitement, plutôt que sur son manque d'économicité. Pour finir, elle ajoute que les conditions sises aux alinéas 2 et 3 de cette disposition ne sont pas non plus réalisées.

Avec sa réponse, l'intimée produit notamment les pièces suivantes :

- l'avis du 4 novembre 2015 du Dr F. _____ précité, qui expose que la pathologie psychiatrique et la symptomatologie de l'assuré n'ont pas de substrat organique autre que la dépendance qui s'est créée à la suite d'une surconsommation d'Imodium, sur plus de dix ans. Il indique qu'il est admis que le traitement n'a qu'un objectif fonctionnel. Il explique qu'une telle surconsommation ne repose sur aucun fondement biochimique ou physiologique et traduit un comportement de toxicomanie, ou au mieux une situation d'automédication pathologique. Ce médecin considère que le critère d'adéquation n'est pas rempli sur le long terme, car il s'agit d'un « traitement symptomatique fonctionnel » qui tente de diminuer les symptômes, sans aucune influence sur la maladie, voire même une influence délétère au vu de la dépendance qui s'est créée. Quant au critère d'efficacité, il expose qu'il n'est pas non plus rempli, l'assuré présentant toujours une symptomatologie, qui s'est aggravée avec les années. Il ajoute qu'il n'y a aucune évidence scientifique démontrant l'efficacité d'une telle posologie sur le long terme pour la prise en charge d'une pathologie psychiatrique ;

- une liste des boîtes de médicaments Imodium et Lopéramide délivrées à l'assuré par diverses pharmacies, pour un montant de près de 15'000 fr. uniquement pour l'année 2014.

Par réplique du 11 janvier 2016, le recourant maintient ses conclusions. Il souligne qu'il a commencé la prise de ces médicaments du fait de son syndrome de Gilles de la Tourette consistant en des besoins impérieux d'aller à la selle. Il précise qu'il n'avait pas d'autre choix pour pouvoir effectuer son travail. Il conteste les déclarations de l'intimée selon lesquelles la prescription de l'Imodium n'aurait pour seul objectif de lutter contre des symptômes liés à une dépendance. Le recourant ajoute que depuis plus de vingt ans, il a consulté différents spécialistes et suivi des séances d'acupuncture et d'hypnose, qui ne lui ont pas permis de guérir. Il estime donc qu'il n'y a pas d'autre alternative thérapeutique. Par ailleurs, il doute de la valeur probante de l'avis du Dr F._____ qui, dans son courrier du 3 novembre 2014, évoquait la « pertinence de l'attitude thérapeutique » du Dr R._____ « dans ce cas particulier », avant de formuler de vives critiques à son encontre dans son rapport du 4 novembre 2015. Il relève également qu'au vu de la spécialisation du Dr F._____, il serait étonnant que celui-ci puisse valablement critiquer les considérations du Dr R._____.

Par duplique du 1^{er} février 2016, l'intimée confirme ses conclusions. Elle relève que les symptômes sont apparus dès 1988 et qu'à cette époque, le recourant n'a consulté aucun médecin, décidant de son propre chef de consommer des Lopéramides. Elle estime qu'il est difficile d'affirmer aujourd'hui qu'aucune alternative n'était possible à cette époque. Pour finir, elle relève que le Dr F._____ n'a pas changé d'avis en cours de procédure, celui-ci ayant déjà écrit, dans son rapport du 3 novembre 2014, qu'une « telle consommation ne [pouvait] être médicalement justifiée ou cautionnée ». Dès lors, elle conclut que le rapport du 4 novembre 2015 de son médecin-conseil dispose d'une pleine valeur probante.

Le 7 avril 2016, le recourant produit un rapport du 8 février 2016 du Dr R._____ et conclut que ce médecin maintient que la consommation d'Imodium répond au critère d'adéquation de l'art. 71a OAMal. Dans ce rapport, ce praticien affirme que l'usage de l'Imodium a permis un bénéfice élevé contre une maladie susceptible de causer à l'intéressé des problèmes de santé graves et chroniques. Le Dr R._____ expose que le syndrome de Gilles de la Tourette est une maladie neurologique à composante génétique, qui a un substrat organique, contrairement à ce qu'a affirmé le Dr F._____ dans son rapport du 4 novembre 2015. Le Dr R._____ rejoint l'avis de ce médecin quant au fait qu'il s'agit d'un traitement symptomatique fonctionnel qui tente de diminuer les symptômes, sans aucune influence sur la maladie. Il précise que c'est le propre de nombreuses maladies, en particulier celles de nature génétique, dont on ne peut actuellement traiter la cause, mais dont on traite au mieux les symptômes. En outre, il explique que le cas est trop particulier pour être soutenu par une évidence scientifique.

Par déterminations du 3 mai 2016, l'intimée, relevant que dans son avis du 8 février 2016, le Dr R._____ évoquait l'efficacité de ce médicament dans le passé, expose qu'il s'agit d'évaluer le bénéfice dudit médicament par rapport à la situation actuelle. En outre, se fondant sur un rapport médical du 20 avril 2016 du Dr F._____, elle répète que les critères de l'efficacité et de l'adéquation ne sont pas non plus remplis.

Elle joint à ses déterminations ledit avis du 20 avril 2016 de son médecin-conseil. Celui-ci expose que l'inefficacité d'un tel traitement dans un contexte de pathologie psychiatrique est clairement démontré par la survenue progressive d'une surconsommation à plus de dix fois la dose maximale autorisée en cas de dysfonctionnement intestinal. Il explique également que le traitement du syndrome de Gilles de la Tourette est complexe et ne peut se solder par la surprescription d'une molécule qui n'a pour fonction que de masquer un symptôme digestif, qui n'est de surcroît pas en relation avec une pathologie ou un dysfonctionnement intestinal, mais avec un trouble psychiatrique.

Par courrier du 1^{er} juin 2016, le recourant reproche à l'intimée de s'être déterminée sur l'avis du 8 février 2016 du Dr R. _____ en se basant essentiellement sur l'appréciation de son médecin-conseil et souligne à cet égard l'absence de force probante d'un rapport médical établi uniquement sur dossier. Il produit un nouveau rapport médical du Dr R. _____, daté du 30 mai 2016.

Par courrier du 22 juin 2016, l'intimée relève que d'après la loi, l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques et que le Dr R. _____ lui-même admettait que l'efficacité du traitement prescrit ne pouvait être scientifiquement prouvée.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Est litigieuse la question de la prise en charge par l'AOS du médicament Imodium, ou de son générique, le Lopéramide, au-delà des quantités autorisées par Swissmedic, à savoir huit comprimés par jour.

3. a) Au sens de l'art. 24 LAMal, l'AOS prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMal, en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal.

Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire de soins prend en charge les coûts des prestations servant à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les médicaments prescrits par un médecin (al. 2 let. b).

Aux termes de l'art. 32 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 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 159 consid. 5c/aa ; RAMA 2000 n°KV 132 p. 281 consid. 2b). La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 95 consid. 4a ; RAMA 2000 n°KV 132 p. 282 consid. 2c). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 138 consid. 5 ; RAMA 2004 n°KV 272 p. 111 consid. 3.1.2).

b) En vertu de l'art. 52 al. 1 let. b LAMal, l'office, après avoir consulté les commissions compétentes et conformément aux principes des

art. 32 al. 1 et 43 al. 6 LAMal, établit une liste, avec des prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés (liste des spécialités); celle-ci doit également comprendre les génériques meilleur marché qui sont interchangeables avec les préparations originales. Aux termes de l'art. 73 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), l'admission dans une liste peut être assortie d'une limitation qui peut notamment se rapporter à la quantité ou aux indications médicales. De telles limitations ont notamment pour but d'exclure ou de limiter la possibilité d'utiliser de manière abusive des médicaments de la liste des spécialités (ATF 129 V 32 consid. 5.2 in fine ; RAMA 2004 n°KV 272 p. 113 consid. 3.3.1 ; cf. aussi ATF 128 V 159 consid. 5c/bb/bbb).

Un médicament peut être admis dans la liste des spécialités s'il dispose d'une autorisation valable de l'institut Swissmedic (art. 65 al. 1 OAMal).

Il ressort du système d'autorisation de mise sur le marché d'un médicament que l'admission de celui-ci se rapporte toujours à des indications médicales précises (ATF 130 V 352 consid. 3.2.2). L'indication médicale et le dosage d'un médicament sont dans un rapport de connexité étroit et indissociable du point de vue des règles concernant l'autorisation de prise en charge et, partant, de leur admission dans la liste des spécialités (ATF 131 V 349 consid. 3.1). Les indications pour lesquelles le médicament a été autorisé sont mentionnées dans la notice destinée aux professions médicales et approuvées par Swissmedic. Cette notice est en règle générale publiée dans le Compendium suisse des médicaments (voir art. 2 de l'annexe 4 à l'OEMéd [ordonnance de l'Institut suisse des produits thérapeutiques du 9 novembre 2001 sur les exigences relatives à l'autorisation de mise sur le marché des médicaments ; RS 812.212.22]).

c) Pour être admis dans la liste des spécialités, les médicaments prêts à l'emploi doivent répondre aux exigences de la loi, soit être efficaces, appropriés et économiques (art. 65 al. 3 OAMal ; art. 30 al. 1 let. a et 32 ss OPAS), ces notions étant précisées pour les

médicaments aux art. 32 ss OPAS. Ainsi, selon les art. 32 et 33 al. 2 OPAS, pour juger de l'efficacité d'un médicament et de sa valeur thérapeutique, l'Office fédéral de la santé publique (ci-après : OFSP) s'appuie sur les documents qui ont fondé l'autorisation accordée par l'Institut suisse des produits thérapeutiques. A cet égard, la demande d'admission dans la liste doit notamment contenir le préavis délivré par Swissmedic précisant l'autorisation qu'il entend donner, les indications et les dosages qui seront autorisés (art. 30a al. 1 let. a OPAS), la notice destinée aux professions médicales qui a été fournie à Swissmedic (art. 30a al. 1 let. b OPAS), ainsi que le résumé de la documentation sur les études cliniques qui a été fournie à Swissmedic (art. 30a al. 1 let. d OPAS). L'examen de l'OFSP est ainsi fondé principalement sur l'autorisation délivrée par Swissmedic et les documents sur la base desquels celui-ci a accordé l'autorisation de mise sur le marché ; les données relatives aux indications médicales et les dosages autorisés du médicament en sont inséparables. L'examen de l'efficacité, du caractère approprié et de l'économicité d'un médicament s'effectue dès lors toujours concrètement par rapport à l'effet et à la valeur thérapeutique d'un médicament pour le traitement d'une symptomatologie déterminée, et non pas dans l'abstrait (ATF 130 V 532 consid. 3.3.2).

d) La liste des spécialités a un caractère à la fois exhaustif et contraignant (ATF 128 V 159 consid. 3b/bb). Selon la jurisprudence, un médicament inclus dans la liste des spécialités, utilisé pour d'autres indications que celles sur lesquelles portent l'autorisation de Swissmedic et la notice destinée aux professionnels, doit être considéré comme un médicament administré « hors étiquette » et n'est, en principe, pas soumis à l'obligation de remboursement de l'assurance obligatoire des soins (ATF 130 V 532 consid. 5.3). Il en va de même pour l'utilisation d'un médicament avec des dosages dépassant la mesure admise (ATF 131 V 349 consid. 3.2).

e) L'art. 71a al. 1 OAMal prévoit toutefois des exceptions au principe du non remboursement par l'AOS d'un médicament utilisé « hors étiquette ». D'une part, lorsque l'usage du médicament constitue un

préalable indispensable à la réalisation d'une autre prestation prise en charge par l'AOS et que celle-ci est largement prédominante (let. a) ; d'autre part, lorsque l'usage du médicament permet d'escompter un bénéfice élevé contre une maladie susceptible d'être mortelle pour l'assuré ou de lui causer des problèmes de santé graves et chroniques et que, faute d'alternative thérapeutique, il n'existe pas d'autre traitement efficace autorisé (let. b). Pour cette seconde hypothèse, une simple utilité thérapeutique du médicament ne suffit pas (ATF 136 V 395 consid. 6.10 ; TF 9C_667/2015 du 7 juin 2016 consid. 4.4.2).

L'art. 71a al. 2 OAMal prévoit que l'AOS prend en charge les coûts du médicament seulement si l'assureur a donné une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil. Le rapport entre la somme à rembourser et le bénéfice thérapeutique du médicament doit être adéquat ; l'assureur fixe le montant du remboursement ; le prix maximal est celui qui figure dans la liste des spécialités (al. 3).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

5. En l'espèce, il n'est pas contesté que la consommation d'Imodium du recourant dépasse nettement les limites admises par Swissmedic et publiées dans le Compendium suisse des médicaments, à savoir un maximum de huit comprimés par jour. Il ressort notamment du courrier du 3 novembre 2014 rédigé par le Dr F. _____ que le recourant a absorbé, sur une période de 90 jours, 7'680 comprimés, soit environ 85 par jour. Selon la jurisprudence, les dosages dépassant la mesure admise sont considérés comme des médicaments administrés « hors étiquette » et ne sont dès lors pas soumis à l'obligation de remboursement de l'AOS.

a) Le recourant fait valoir que sa situation exceptionnelle justifie que le dépassement de la posologie maximale soit pris en charge au titre de l'AOS en application de l'art. 71a al. 1 let. b OAMal, qui prévoit une exception au principe du non remboursement. L'intimée, quant à elle, estime que les conditions nécessaires ne sont pas réunies.

L'art. 71a al. 1 let. b OAMal prévoit trois conditions cumulatives.

aa) En premier lieu, le médicament doit permettre de lutter contre une maladie susceptible d'être mortelle ou de causer des problèmes de santé graves et chroniques.

Tant le Dr R. _____ que le Dr F. _____ admettent que le traitement actuel tente de diminuer les symptômes de la maladie de Gilles de la Tourette, sans aucune influence sur cette dernière, ni sur le trouble compulsif (cf. rapport du 8 février 2016 du Dr R. _____ et rapport du 4 novembre 2015 du Dr F. _____).

Dans le rapport susmentionné, le Dr R. _____ précise que c'est le propre de nombreuses maladies, en particulier celles de nature génétique, dont on ne peut traiter la cause, mais dont on traite au mieux les symptômes. Dans son avis du 20 avril 2016, le Dr F. _____ explique quant à lui que le traitement de ce syndrome est complexe et ne peut se solder par la surprescription d'une molécule qui n'a pour fonction que de masquer un symptôme digestif, qui n'est de surcroît pas en relation avec un dysfonctionnement intestinal, mais avec un trouble psychiatrique. Selon lui, au vu du mécanisme d'action et de l'effet prolongé du médicament litigieux, une surconsommation à plus de dix fois la dose maximale autorisée ne repose sur aucun fondement biochimique ou physiologique. Il retient que cela traduit un comportement de toxicomane, à savoir une dépendance physique et psychique, ou au mieux, une situation d'automédication pathologique. Il estime qu'une dépendance s'est créée suite à une surconsommation sur plus de dix ans. L'hospitalisation du recourant aux V. _____ afin d'effectuer un sevrage

au Lopéramide, ainsi que les rapports du 4 mai 2009 et du 11 mai 2009 établis dans ce cadre, évoquant les symptômes de manque que présentait le recourant les jours où il ne consommait pas ces médicaments, confirment la dépendance constatée par le Dr F._____.

Au vu de ce qui précède et comme le relève l'intimée, la prescription du médicament se justifie essentiellement en raison de la dépendance du recourant. Le Dr R._____ a lui-même retenu, dans son rapport du 30 octobre 2014, un risque de décompensation « plus psychiatrique », si son patient ne pouvait maintenir sa consommation journalière élevée d'Imodium. Toutefois, pour justifier un dépassement de la posologie admise par Swissmedic, le médicament doit avoir pour but de lutter contre une maladie, et non contre des symptômes liés à une dépendance. Contrairement à ce qu'a soutenu le recourant, ce risque de décompensation ne saurait justifier un tel traitement. En effet, si cette décompensation devait avoir lieu, le recourant devrait faire l'objet d'une prise en charge adéquate du point de vue psychiatrique, et non pas être traité par l'absorption massive d'antidiarrhéiques.

Il y a également lieu de constater, tout comme l'intimée, que c'est au départ une auto-médication, avec une utilisation de ces médicaments comme traitement de fonds, à mauvais escient et sans respecter la notice d'utilisation, qui a mené le recourant à sa situation actuelle. Le Dr R._____ a d'ailleurs lui-même indiqué, dans son rapport du 15 novembre 2002, que les troubles digestifs pourraient bien être une expression un peu inhabituelle d'un trouble obsessionnel compulsif, « perturbé maintenant par la prise chronique d'Imodium ». Ainsi, la surconsommation de ce médicament a non seulement créé une dépendance, mais pourrait aussi avoir contribué aux troubles digestifs dont souffre le recourant.

Le traitement prescrit n'est donc pas adéquat pour lutter contre la maladie dont souffre le recourant.

bb) L'art. 71a al. 1 let. b OAMal prévoit également que l'usage du médicament doit permettre d'escompter un bénéfice élevé contre cette maladie. Cette condition est en lien avec le critère d'efficacité sis à l'art. 32 LAMal. Selon la jurisprudence susmentionnée, une simple utilité thérapeutique ne suffit pas.

Le recourant, se référant notamment aux différents rapports du Dr R._____, allègue que le bénéfice apporté par sa surconsommation de médicaments est élevé, puisque cela représente pour lui la seule possibilité de sortir.

Dans son rapport du 4 novembre 2015, le Dr F._____ fait mention de l'objectif « fonctionnel » du traitement, à savoir permettre au recourant de mener une vie sociale. Il y a lieu de relever, à l'instar de l'intimée, que ni la qualité de vie, ni l'état de santé du recourant ne se trouvent nettement améliorés. On ne saurait considérer que le bénéfice est élevé, puisque cette surconsommation ne lui permet que de sortir de temps à autre de chez lui, et mener une « certaine » vie sociale, selon les termes employés par le Dr R._____ dans son rapport du 28 août 2014.

En outre, il ressort du dossier que le recourant présente toujours une symptomatologie, qui s'est même aggravée avec les années. Il doit toujours consommer une dose plus élevée de médicaments. En 2002, il s'agissait en moyenne de trois comprimés d'Imodium par jour, puis quarante en 2009, puis 85 en 2014 (cf. rapports du 15 novembre 2002 du Dr R._____ et du 4 mai 2009 des V._____, courrier du 3 novembre 2014 du Dr F._____). La survenue progressive d'une surconsommation à plus de dix fois la dose maximale autorisée démontre clairement l'inefficacité du traitement, comme énoncé par le Dr F._____ dans son avis du 20 avril 2016.

Par ailleurs, comme le relève ce médecin dans son rapport du 4 novembre 2015, il n'y a aucune évidence scientifique démontrant l'efficacité d'une telle posologie sur le long terme pour la prise en charge d'une pathologie psychiatrique. L'absence d'évidence scientifique est

même admise par le Dr R._____, dans son rapport du 8 février 2016. Or, la loi prévoit que l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal).

Le recourant doute de la valeur probante de l'avis médical du Dr F._____. Il estime que l'avis de ce dernier n'est dicté que par les besoins de la cause. Toutefois, réunissant les critères fixés par la jurisprudence (cf. consid. 4 supra), les rapports des 4 novembre 2015 et 20 avril 2016 de ce médecin disposent bel et bien d'une valeur probante. En particulier, leurs conclusions sont bien motivées et aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé. Ils sont d'ailleurs corroborés par d'autres rapports au dossier, tels que celui du 4 mai 2009 des V._____. En outre, contrairement à ce que soutient le recourant, le Dr F._____ n'a pas modifié son opinion en cours de procédure. En effet, dès son premier courrier, daté du 3 novembre 2014, ce praticien a indiqué que les doses maximales fixées devaient être respectées et que la consommation excessive du recourant ne pouvait être médicalement justifiée ou cautionnée. De plus, même au vu de sa spécialisation, il y a lieu de considérer que ce médecin détient les qualifications nécessaires pour se prononcer sur la situation médicale de l'intéressé. Pour finir, l'affirmation du recourant, selon laquelle un rapport médical établi uniquement sur dossier ne disposerait pas de force probante, est inexacte. Ainsi, la valeur probante des rapports susmentionnés du Dr F._____ est reconnue et il y a effectivement lieu de s'y référer, tout comme l'intimée, pour trancher le cas d'espèce.

Ainsi, force est de constater que le traitement prescrit ne permet pas d'escompter un bénéfice thérapeutique élevé.

cc) La troisième condition concerne l'absence d'alternative thérapeutique.

Dans ses différents courriers et rapports, le Dr R._____ constate qu'il n'y a pas d'autre alternative (cf. notamment lettre du 28 août 2014, rapport du 8 février 2016). Il ressort des pièces au dossier que

le recourant a essayé de se soigner par d'autres moyens. En particulier, dans son rapport du 11 mai 2009, le Dr J. _____ indique que l'assuré a notamment consulté différents spécialistes, sans amélioration de son transit. L'hypnose, de même que la réflexologie, n'ont pas pu apporter les effets escomptés. Les divers médicaments prescrits n'ont pas été efficaces. En outre, l'intervention chirurgicale envisagée par le recourant dans son courrier du 3 février 2015 n'a pas pu être retenue comme alternative thérapeutique raisonnable (cf. rapport du 12 octobre 2015 du Dr R. _____). Toutefois, dans cette lettre, l'assuré explique que si ses médicaments ne lui étaient plus remboursés, il se dirigerait vers un médecin-psychiatre. A noter également qu'à la suite de l'hospitalisation de l'intéressé au Département de psychiatrie des V. _____ dans le but d'un sevrage au Lopéramide, les médecins ont proposé une psychothérapie. Quoi qu'il en soit, la question de l'existence ou non d'une alternative thérapeutique n'est pas pertinente, étant donné que toutes les autres conditions d'application de l'art. 71a OAMal ne sont pas remplies.

b) En effet, le critère sis à l'art. 71a al. 2 OAMal n'est pas non plus réalisé, l'intimée n'ayant donné aucune garantie spéciale concernant la prise en charge des coûts des comprimés d'Imodium ou de ses génériques dépassant la limitation journalière admise.

Il en va de même pour la condition prévue à l'art. 71a al. 3 OAMal. A l'instar de l'intimée, il y a lieu de considérer que le rapport entre la somme à rembourser, soit près de 15'000 fr. par année, hors taxes de pharmacie, et le faible bénéfice du médicament, n'est pas adéquat.

c) Pour les raisons évoquées ci-dessus, l'art. 71a OAMal, prévoyant une exception au principe du non-remboursement pour les médicaments administrés « hors étiquette » n'est pas applicable en l'espèce.

6. a) Au vu de ce qui précède, c'est à raison que l'intimée a refusé la prise en charge de l'Imodium, ou de ses génériques, administrés « hors étiquette », à savoir dépassant la posologie de huit comprimés par

jour admise par Swissmedic. En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 23 septembre 2015 par E._____, est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- DAS Protection Juridique SA (pour X._____))
- E._____
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :