

GE_GERICHTE A/1826/2004 vom 11. April 2005

GE Cour de justice, 2005-04-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1826_2004

FR: GE_GERICHTE A/1826/2004 du 11 avril 2005

IT: GE_GERICHTE A/1826/2004 del 11 aprile 2005

Erwägungen

E. 6

ème Chambre du 11 avril 2005 En la cause Monsieur T_____, comparant par Me Pierre MARTIN-ACHARD en l'étude duquel il élit domicile recourant/demandeur contre LA CAISSE VAUDOISE – GROUPE MUTUEL, avenue de la Gare 20, 1950 Sion intimée/défenderesse EN FAIT Monsieur T_____, né le 21 août 1953, marié et père de trois enfants, est assuré selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) auprès de la Caisse Vaudoise, membre du Groupe Mutuel Assurances (ci-après : la Caisse). Il a également conclu auprès de la Caisse un contrat d'assurance combinée d'hospitalisation (variante integra en division privée) et d'assurance complémentaire pour risques spéciaux soumis à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA). Le 29 août 2003, l'assuré s'est soumis à une coloscopie effectuée par le Dr A_____, spécialiste en médecine interne gastro-entérologie, lequel a conclu à la présence d'une lésion tumorale du rectum et de plusieurs polypes dont certains ont été excisés et récupérés. Le 3 septembre 2003, une TDM thoracique et abdominale supérieure et inférieure a démontré la présence d'une tumeur maligne rectale basse avec infiltration de la jonction recto-anale et de la partie supérieure du canal anal mesurant 4 x 2,5 cm de diamètre, sans extension extra-pariétale et sans adénopathie satellite ou à distance. Le 3 septembre 2003, l'assuré a consulté le Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie, lequel a attesté le lendemain que le patient était porteur d'un adénoce du bas rectum dont l'examen clinique montrait qu'il s'agissait d'une tumeur antérieure hémi-circonférentielle d'une hauteur d'environ 6 cm et dont le pôle inférieur allait jusqu'à la ligne pectinée. Il pensait qu'une radiothérapie préopératoire était indispensable en raison du caractère infiltrant mais non fixé et de la localisation très basse et que, malheureusement, une intervention conservatrice des sphincters ne pouvait selon lui être envisagée. Le 8 septembre 2003, le patient a effectué une écho-endoscopie, laquelle a démontré une tumeur de stade T3N1 avec probable envahissement au sphincter. Le 12 septembre 2003, le service de radio-oncologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a rendu un rapport de première consultation du 10 septembre 2003, signé par les Drs C_____ et D_____, pour évaluer l'indication d'une radio-chimiothérapie préopératoire. Le patient référait depuis quatre ans de douleurs abdominales basses récidivantes avec mucus et accélération du transit intestinal durant les périodes de douleurs abdominales. Il était proposé au patient « une radiothérapie préopératoire selon le schéma standard monofractionné associé à 5-FU ou bien une participation dans l'étude de radiothérapie bifractionnée associée à Iressa avec un schéma de deux séances par jour et quatre semaines au total ». Le 16 septembre 2003, le Dr Christian K_____, spécialiste FMH médecine interne – oncologie – hématologie, a attesté qu'il avait vu le patient le 5 septembre 2003 et que le traitement comprenait une radiothérapie préopératoire associée à une chimiothérapie de radio-sensibilisation, puis une chirurgie dont les modalités seraient déterminées par le Dr B_____. Par la suite une

chimiothérapie adjuvante serait également proposée, en raison de l'atteinte ganglionnaire décrite à l'écho-endoscopie. Le 24 septembre 2003, le Dr E _____, médecin-adjoint à l'unité de proctologie des HUG, a attesté qu'il avait été consulté par le patient pour un second avis, et que son examen avait mis en évidence une volumineuse tumeur qui infiltrait la paroi rectale, de type T3 car il existait une zone de pénétration de la tumeur au niveau de la paroi colique antérieur. La tumeur était ultra basse et infiltrait le tiers supérieur de l'arc antérieur du sphincter. Il conseillait une radio-chimiothérapie préopératoire et une amputation du rectum et précisait qu'il avait expliqué au patient qu'une telle intervention avait plus de chances de le guérir. L'assuré a suivi du 24 septembre au 4 novembre 2003 un traitement de radio-chimiothérapie préopératoire auprès de la division de radio-oncologie des HUG. Le 25 novembre 2003, l'assuré a écrit à la Caisse en l'informant qu'il avait requis un deuxième avis auprès de la « Mayo clinique Scottsdale en Arizona, Etats-Unis » (ci-après : la clinique Mayo). Il était de nationalité américaine et sa mère vivait là-bas. L'équipe médicale composée d'un spécialiste en chirurgie colorectale et un radio-oncologue avait estimé que la tumeur était de type T4NO et lui avait proposé que soit pratiquée au moment de l'intervention chirurgicale une radiothérapie intraopératoire, indisponible en Suisse. Cette radiothérapie diminuerait considérablement les risques de rechute si, comme cela était suspecté, la tumeur infiltrait antérieurement en direction de la prostate. Il souhaitait savoir si la Caisse pouvait couvrir cette intervention en précisant que le devis de la clinique Mayo du 14 novembre 2003 était d'environ fr. 56'500.-, radiothérapie comprise, alors que le devis de la clinique générale Beaulieu du 24 septembre 2003 était de fr. 42'000.-. L'opération était prévue pour le 15 décembre 2003. Une note du 27 novembre 2003 de la Caisse relate en ces termes la prise de position du médecin-conseil : « Selon le Dr F _____, H prévu aux USA pas reconnu en CH. Mayo clinique = la classe. Selon Dr F _____, TT possible en Suisse » et celle de la Caisse : « Refus car H volontaire ». Le 1^{er} décembre 2003, la Caisse a écrit à l'assuré qu'elle ne pouvait prendre en charge une intervention volontaire à l'étranger, seuls les traitements urgents étant à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Il en était de même selon l'art. 5 ch. 3 des conditions générales d'assurance. Le 2 décembre 2003, l'assuré a répondu à la Caisse qu'il ne s'agissait pas d'un traitement pour cas d'urgence mais d'une thérapie qui n'était pas fournie en Suisse et qui diminuait les risques de récurrence, facteur primordial pour un homme de 50 ans, père de trois jeunes garçons (10, 7 et 5 ans). Selon une note du 4 décembre 2003 du Dr F _____, le service de radiothérapie du CHUV, contacté téléphoniquement, a estimé que la radiothérapie intra ou peropératoire d'un cancer du rectum T4 n'était pas reconnue comme efficace et donc absente de tous les protocoles internationaux de radiothérapie de ce stade de cancer. La radiothérapie efficace était effectuée préopératoirement pour permettre une certaine fonte et donc une facilitation de l'acte chirurgical. Il semblait que les USA ne seraient pas en avance sur ce point. La Mayo clinique faisait de la publicité sur internet. Par décision du 12 décembre 2003, la Caisse a répondu à l'assuré que le traitement n'était pas efficace, approprié et économique et que, de plus, les traitements volontaires non urgents à l'étranger étaient à la charge des assurés. Le 17 décembre 2003, l'assuré s'est fait opérer à la clinique Mayo par le Dr G _____, avec traitement de radiothérapie intraopératoire et dès le 19 janvier 2004, il a repris un traitement de chimiothérapie à Genève, jusqu'au 30 juin 2004. Le 7 janvier 2004, le Dr H _____, spécialiste en radiothérapie-oncologie à la clinique Mayo, a attesté que sur la base de l'imagerie préopératoire et de l'examen clinique après la radio-chimiothérapie préopératoire, le patient a été classé en T4 (selon la classification AJCC/UICC), en raison de l'adhérence de la tumeur à la prostate. Pour une

maladie tumorale d'une telle étendue, notre recommandation standard de traitement est une radio-chimiothérapie préopératoire, suivie d'une résection chirurgicale et d'une radiothérapie intraopératoire, à moins que l'on assiste à une régression et un « down-staging » permettant une résection avec une anastomose colorectale. Même si la lésion est T2 sur le plan histopathologique après la radio-chimiothérapie préopératoire, le risque de récurrence locale est aussi élevé que 20 % selon les chiffres du Massachusetts General Hospital (référence 23 dans le chapitre 14 de l'article de Willett, Shellito et Gunderson). L'adjonction de radiothérapie intraopératoire peut diminuer les récurrences locales à 7 % au moins (voir tables 3 et 4 dans chapitre 14 de Willett et al) chez de tels patients. Pour des patients avec une extension de la tumeur au delà de la muscularis propria (couche musculaire externe) après une radio-chimiothérapie préopératoire (T3 à l'examen histologique de la pathologie), le risque de récurrence locale excède 50 % si le patient ne reçoit pas de traitement supplémentaire (voir section 5.2.2 dans le chapitre 14 de Willett et al). L'adjonction d'une radiothérapie (IOERT) diminue le risque de récurrence à 7-12 % dans des séries séparées de la Clinique Mayo et du Massachusetts General Hospital (tables 4 et 5 dans le chapitre 14 Willett et al). Au moment de la résection chirurgicale du cancer de M. Tourtellotte du 17 décembre 2003, les coupes histologiques congelées (examen extemporané, nldr) suggéraient une régression de la lésion en deçà de la muscularis propria, mais l'examen histologique final sur les coupes fixées (technique définitive, nldr) révélait une persistance de l'extension tumorale au-delà de la muscularis propria. Par conséquent, sur la base de l'examen histopathologique final, le risque de récurrence locale sans radiothérapie intraopératoire (IOERT) aurait été de 50 % ou plus élevé pour M. Tourtellotte. Ainsi l'adjonction de la radiothérapie intraopératoire (IOERT) diminue le risque de récurrence locale de façon significative du niveau de > 50 % au niveau de 7-12 %. Ceci a des implications pertinentes quant à la durée de vie et la qualité de vie et justifie la décision de M. Tourtellotte de se faire opérer à la clinique Mayo où la radiothérapie intraopératoire est disponible. Le 23 janvier 2004, le Dr B _____ a attesté que compte tenu de la localisation antérieure de la tumeur de l'assuré, dont on savait chez l'homme la plus grande probabilité de récurrence locale et après avoir lu les publications faites à ce sujet, il était absolument certain que cette radiothérapie intraopératoire pouvait effectivement diminuer ce risque de façon considérable. Le choix du patient était donc tout à fait cohérent. Le 27 janvier 2004, l'assuré s'est opposé à la décision de la Caisse du 12 décembre 2003. Les études scientifiques avaient démontré que la radiothérapie intraopératoire diminuait considérablement les risques de rechute chez les patients porteurs de tumeurs T3 et T4 (réduction du risque de 50 % à 7-12 %). Cette prestation était appropriée puisque, surajoutée à la radiothérapie préopératoire, elle neutralisait les foyers microscopiques résiduels de tumeur. Dans son cas, les coupes histologiques de la tumeur montraient après radiothérapie préopératoire une persistance de foyers tumoraux au delà de la muscularis propria (T3) jusque dans les tissus périmrectaux justifiant la nécessité d'une radiothérapie intraopératoire. Il transmettait en copie le dossier de la clinique Mayo ainsi que des études scientifiques sur le sujet. Le 28 janvier 2004, le Dr C _____, médecin-adjoint à la division de radio-oncologie des HUG, a attesté que la radiothérapie préopératoire n'était pas disponible à Genève. Le traitement avait été pratiqué sur le patient afin d'améliorer le taux de contrôle local. Sans nouvelles de la Caisse, l'assuré a relancé celle-ci le 12 juillet 2004. Le 3 août 2004, la Caisse a rejeté l'opposition en mentionnant qu'il n'y avait pas de cas d'urgence et que l'efficacité du traitement devait être démontrée selon des méthodes scientifiques. De plus, l'assurance complémentaire d'hospitalisation ne prévoyait pas la

prise en charge de traitements volontaires à l'étranger. Le 28 janvier 2004, le Dr I _____ a attesté que la radiothérapie préopératoire intra-abdominale permettait de diminuer, d'après les études de la clinique Mayo, les risques de rechute locale d'environ 7 à 12 % et que cette technique ne s'effectuait pas en Suisse. Le 2 septembre 2004, l'assuré a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales contre la décision sur opposition de la Caisse en concluant à son annulation et à la condamnation de la Caisse au paiement de fr. 62'225.- plus intérêts à 5 % dès le 27 janvier 2004. Son salaire mensuel 2003 était de fr. 5'828.-. Il avait payé US\$ 47'500.- à la clinique Mayo, soit fr. 62'225.- (cours de 1.31 de septembre 2004). Le litige avait trait tant à l'assurance de base qu'à celle complémentaire à la LAMal. L'efficacité et l'adéquation du traitement étaient réalisés. Le risque diminué de récurrence limitait de nouvelles interventions médicales et une intervention genevoise n'aurait pas été beaucoup moins onéreuse. Seul l'hôpital de St-Gall effectuait des radiothérapies intraopératoires mais pas dans sa situation. Quant à l'assurance complémentaire, elle intervenait sur la base de l'art. 1 des conditions générales d'assurance (CGA). Il n'était par ailleurs pas nécessaire de différencier le coût revenant à l'une et l'autre assurance. Le 28 octobre 2004, le Dr F _____ répondant à une demande de la Caisse a relevé que le traitement subi par l'assuré ne pouvait pas être effectué en Suisse. Il s'agissait d'un traitement non reconnu, absent de tous les protocoles. Le 4 novembre 2004, la Caisse a conclu au rejet du recours. Elle ne contestait pas l'adéquation du traitement (répercussions positives sur la maladie avec un minimum de risques) mais son efficacité dès lors qu'il était absent de tous les protocoles en Suisse et seulement pratiqué aux Etats-Unis et pas économique dès lors qu'une différence de fr. 15'000.- (entre le devis de la clinique Mayo et celui de la clinique Générale Beaulieu) ne lui semblait pas être insignifiante. Il était possible de se faire traiter de manière adéquate en Suisse. Le 6 décembre 2004, le recourant a renoncé à répliquer. Le 22 février 2005, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle et d'enquête. Le recourant a déclaré que son traitement était terminé et que les dernières analyses effectuées en décembre 2004 étaient bonnes. Entendu comme témoin, le Dr I _____ a déclaré ce qui suit : « Je connaissais le traitement de radiothérapie intra-opératoire avant que M. T _____ ne m'en parle. Ce traitement n'est pas effectué en Suisse à ma connaissance pour des raisons techniques. Il nécessite en effet un appareil de radiothérapie présent dans la chambre opératoire. Cet appareil est volumineux et difficile à déplacer et une chambre opératoire doit rester stérile. Je pense que ce traitement n'est pas effectué à Genève car les radiothérapeutes manquent d'expérience et de formation à ce sujet. La clinique Mayo où a été opéré M. T _____ est le centre de référence en matière d'approche de radiothérapie intraopératoire. Cette clinique est connue en particulier pour l'oncologie. Elle est pionnière s'agissant du traitement précité. D'une façon générale les Etats-Unis sont en avance en médecine oncologique, notamment par rapport à la Suisse. Je pense que vraisemblablement cette technique finira par arriver en Suisse. Il ressort des publications que j'ai lues que ce traitement a vraisemblablement débuté dans les années 60. Je précise que je lis essentiellement la littérature de chimiothérapie et que je ne suis donc pas spécialisé en radiothérapie. La littérature que j'ai lue au sujet du traitement en cause provenait de la clinique Mayo. S'agissant de M. T _____ s'il avait été traité en Suisse, la seule différence résiderait dans le fait qu'il n'aurait pas eu de radiothérapie intraopératoire. Pour le reste, le traitement est identique. La radiothérapie préopératoire détruit une partie de la tumeur de telle manière que celle-ci soit plus petite le jour de l'opération. Cela permet éventuellement, dans certains cas, d'éviter une ablation du canal anal. Cette radiothérapie est dosée de telle façon que les tissus ne

soient pas trop abîmés le jour de l'acte chirurgical. Elle doit être limitée dans sa force afin de ne pas abîmer les tissus. En revanche, la radiothérapie intraopératoire permet de rajouter une dose de radiothérapie et est plus ciblée. Donc elle permet d'obtenir un meilleur effet sans rajouter de toxicité. Les deux types de radiothérapie se complètent. La radiothérapie intraopératoire permet de donner une dose plus forte sur la tumeur sans léser d'autres tissus. Elle améliore le pronostic en diminuant encore plus le risque de rechute. C'est ce qui a été démontré dans la littérature médicale de la clinique Mayo. La tumeur du patient a été classée T3 c'est-à-dire l'infiltration en profondeur (c'est-à-dire si la tumeur traverse la paroi du rectum ou non) sur une échelle maximum 4 et N1 correspondant à une tumeur qui infiltre les ganglions. Le pronostic dépend beaucoup de l'atteinte ganglionnaire ou non. Dans notre cas, il s'agissait d'une tumeur agressive ce qui a justifié la chimiothérapie post-opératoire ainsi que la radiothérapie. Il est difficile d'être précis avec des moyens échographiques pour classer la tumeur T3 ou T4. Je précise que cela ne change pas grand chose dans le raisonnement. Le diagnostic posé aux Etats-Unis n'est pas différent de celui émis en Suisse. La clinique Mayo s'est d'ailleurs fondée sur les examens médicaux effectués en Suisse. D'après les études américaines le traitement en cause améliore les chances de contrôle de la tumeur au niveau local, c'est-à-dire diminue les risques de rechute. Plus la tumeur est avancée, plus la diminution du risque de rechute est importante. Je pense que les chiffres que j'ai avancés dans mon attestation se fondent sur une tumeur classée T3 alors que les américains sont partis d'une classification T4 ce qui explique que la diminution du risque de rechute soit plus importante selon eux. Je précise qu'une diminution de 7 à 10 % de risque de rechute est un motif valable au niveau médical et qui justifie la mise en route d'un traitement. Un bénéfice de 40 % me paraît beaucoup mais je n'ai pas d'expérience en la matière. En oncologie ce bénéfice est assez rare. Si ce bénéfice est réel l'approche est véritablement intéressante. Cela me paraît logique qu'il y ait une diminution du risque avec la radiologie intraopératoire. Le risque de rechute local pour une tumeur classée T3 N1 est de l'ordre de 20–30 % suite à un traitement effectué en Suisse. Comme le traitement est décrit par la clinique Mayo, il semble amener un plus dans le traitement du genre de tumeur dont a souffert le patient. Sa démarche me paraît donc cohérente. A mon avis ce traitement est scientifiquement reconnu, il provient d'un centre de référence qui est fiable. Leurs publications sont fiables. Le traitement est plus compliqué et développé uniquement dans certains centres. On attend des confirmations d'études pour que peut-être tout le monde s'y mette un jour ou l'autre. Il y a un retard par rapport à ce type d'approche chez nous. En Suisse, en tout cas à Genève, on pourrait installer ces appareils de radiothérapie mais actuellement ce n'est techniquement pas possible car cela demanderait d'importants travaux et nécessite une infrastructure qui n'est actuellement pas en place. Le traitement proposé en Suisse est un traitement standard valable. La radiothérapie intraopératoire pourrait amener un plus qui complète le traitement en Suisse. On ne peut comparer deux traitements effectués dans deux centres différents dès lors que la population est différente et le stade de la maladie peut l'être aussi. L'expérience américaine montre que le taux de survie dans leur étude est meilleure par rapport au stade de la tumeur en question. On a à faire à une maladie grave et à un patient jeune. On est en droit dans un tel cas essayer d'obtenir le meilleur traitement possible notamment en recourant à de nouveaux traitements. A cet égard, la médecine américaine est certainement en avance sur les nouvelles approches et la clinique Mayo est un centre fiable de référence. Il me semble que la démarche de M. T _____ se défend dans le but d'améliorer les chances de succès du traitement. Mon expérience personnelle ne me permet pas de déconseiller une telle démarche ». Entendu comme

témoin, le Dr C _____ a déclaré ce qui suit : « Je connaissais le traitement de radiothérapie intraopératoire avant que M. T _____ ne m'en parle. On a failli le développer à l'Hôpital de Genève au milieu des années 90 mais on ne l'a pas fait pour des raisons logistiques. A ma connaissance ce traitement n'existe pas en Suisse. Au moment de la construction du nouveau bâtiment de radiothérapie à l'Hôpital on a fait une passerelle de lien avec le bloc opératoire dans le but de faire de la radiothérapie intraopératoire. Cela ne c'est pas fait pour des raisons budgétaires car il faut un appareil de traitement dédié à cela pour bien faire. Ce traitement existe depuis les années 70 dans différents pays, notamment au Japon, en France et aux Etats-Unis. D'après les résultats publiés par plusieurs centres, notamment américains et français, il y aurait un intérêt à ce traitement dans des situations particulières. C'est une thérapie supplémentaire qui se prête à des situations très particulières et qui est très coûteuse ce qui explique peut-être qu'elle n'est pas été introduite en Suisse. Les cas qui justifient un tel traitement ne sont pas si nombreux. Je précise que l'appareil coûte entre 3 et 3,5 millions. Il s'agit d'un appareil classique. La particularité de la technique est d'approcher la région concernée directement sans irradier les organes de voisinage sensibles. Je connais la clinique Mayo de réputation. Il s'agit d'un centre honorable. La Suisse est relativement au même niveau en matière de radiothérapie de masse. S'agissant de cas très particuliers il manque en Suisse certaines techniques de pointe. Dans le cas de M. T _____ le radiologue n'a pas pu dire au vu du scanner si l'organe de voisinage, notamment la prostate, était infiltré ou non par la tumeur. Il y avait donc un doute à ce sujet. En cas d'infiltration, il s'agit d'un diagnostic pouvant justifier la radiothérapie intraopératoire. Après l'acte chirurgical il s'est avéré que la tumeur chez M. T _____ n'infiltrait pas la prostate mais ce constat n'est pas fiable car la tumeur avait pu régresser lors de la radiothérapie préopératoire. Le doute est toujours resté de savoir s'il y avait eu infiltration. J'ai lu la littérature de la clinique Mayo au sujet de cette technique mais également d'autres centres car il en existe plusieurs qui pratiquent ce traitement. En présence du doute de l'infiltration de la prostate, le patient a choisi un traitement maximaliste. D'après la littérature médicale, le risque de récurrence local est diminué par le traitement de radiothérapie intraopératoire, lequel s'applique d'ailleurs à plusieurs genres de cancers. C'est un traitement efficace dans des situations particulières. Sans invasion de la prostate les risques de récurrence de tumeur sont inférieurs à 10 %. Avec invasion, les risques sont de 15 à 25 %. On espère gagner au moins 5 % avec un traitement de radiothérapie intraopératoire. Médicalement ce chiffre est important et justifie en effet l'installation d'un traitement de radiothérapie intraopératoire. On me soumet le rapport du Dr H _____ du 7 janvier 2004, je pense que les chiffres allégués de diminution du risque de récurrence sont trop optimistes. En général, la radiothérapie divise le risque de récurrence avec un facteur de 2. Je précise que la partie chirurgie du traitement effectué à l'étranger était nécessaire et que compte tenu de l'avis de la clinique Mayo et du diagnostic suisse comprenant un doute quant à l'infiltration au non de la prostate le choix de M. TOUTELLOTTÉ était peut-être justifié par rapport à un but visant à diminuer les risques de récurrence ». Interpellé par le Tribunal de céans, l'Office fédéral de la santé publique a relevé le 17 février 2005 que la commission fédérale des prestations générales ne s'était pas, jusqu'à ce jour, prononcée sur une traitement de radiothérapie intraopératoire. A la demande du Tribunal de céans, le recourant a fourni la facture détaillée de la clinique Mayo de laquelle il ressort qu'il a versé à celle-ci 47'500.- US dollars pour des soins donnés du 11 au 13 novembre 2003 et une hospitalisation du 17 au 23 décembre 2003, suivie de soins donnés le 24 décembre 2003. EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué,

dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. a) Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56 LOJ et 60 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 – LPGA). Le recourant réclame le remboursement du traitement effectué à la clinique Mayo en vertu de l'assurance fondée sur la LAMal mais également de son assurance complémentaire d'hospitalisation, soumise à la LCA. b) S'agissant des assurances complémentaires, l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par la voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation qui dérive du contrat d'assurance (art. 46 al. 1, 1^{ère} phrase LCA) ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. Le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 47 al. 2 in fine de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées du 23 juin 1978 – LSA). En l'espèce, il y a lieu de considérer que le recours comprend également une demande en paiement, laquelle interjetée le 2 septembre 2004 devant la juridiction compétente (art. 56 V al. 1 let. c LOJ) pour des prestations litigieuses de décembre 2003, est recevable. Préalablement, le Tribunal de céans constate que la demande de l'assuré doit être rejetée. En effet, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1^{er} janvier 1996, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de cette loi sont soumises au droit privé, plus particulièrement à la LCA (art. 12 al. 3 LAMal ; ATF 124 III 44 consid. 1a/aa, 229 consid. 2b) et au droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par la LCA (art. 100 al. 1 LCA). Le droit aux prestations d'assurances se détermine donc sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (ATFA du 6 mars 2001, cause 5C. 263/2000). Or, les conditions particulières de l'assurance complémentaire d'hospitalisation – édition janvier 1997 – (CPA) de l'intimée prévoient uniquement la couverture des frais d'hospitalisation en division privée d'un établissement hospitalier suisse public en soins généraux ou psychiatriques (art. 2 CPA) et celles des frais d'hospitalisation à l'étranger dans le cas où l'assuré tombe malade alors qu'il y séjournait temporairement (art. 5.5 CPA), ce qui n'était pas le cas du demandeur, lequel s'est rendu à l'étranger dans le but d'y suivre un traitement. a) Aux termes de 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. Il peut désigner les cas où l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'accouchements à l'étranger pour des raisons autres que médicales. Il peut limiter la prise en charge des coûts des prestations fournies à l'étranger. L'art. 34 al. 2 LAMal correspond à l'art. 28 al. 2 du projet de LAMal du Conseil fédéral (FF 1992 I 252), adopté par le Conseil des Etats le 17 décembre 1992 (BO CE 1992 p. 1305) et par le Conseil National le 5 octobre 1993 (BO CN 1993 p. 1847) où il n'a donné lieu à aucune remarque de la part des parlementaires. Sur la base de l'art. 34 al. 2 LAMal, l'autorité exécutive a édicté les art. 36 et 37 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal) relatifs à l'étendue de la prise en charge. Selon la première de ces dispositions, intitulée «Prestations à l'étranger», l'assurance

obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués à l'étranger dans les cas d'urgence dont elle délimite le sens et la portée (al. 2). Elle détermine par ailleurs des cas où les frais d'accouchement à l'étranger sont obligatoirement pris en charge pour des motifs autres que médicaux (al. 3). Enfin cette disposition fixe l'étendue de la prise en charge des prestations à l'étranger (al. 4). Selon l'al. 1 de l'art. 36 OAMal, le département (Département fédéral de l'Intérieur) 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. Le département n'a cependant pas fait usage jusqu'à ce jour de cette délégation au motif que la commission fédérale des prestations générales a considéré qu'une liste des prestations précitées n'était pas réalisable. Le Conseil fédéral a sous-délégué son pouvoir réglementaire en matière d'étendue des prestations au département qui, pour les raisons précitées, n'a pas établi de liste. Il n'en demeure pas moins que la volonté manifestée par le Conseil fédéral était de faire usage de la faculté prévue à l'art. 34 al. 2 LAMal dès lors que non seulement il a délégué au département le soin d'établir la liste des prestations qui ne peuvent être fournies en Suisse, mais qu'il s'est également occupé de fixer le cadre de la prise en charge de ces coûts - art. 36 al. 4 OAMal (ATF 128 V 75).

b) Dans ces circonstances, on ne saurait admettre que, d'une manière générale et absolue, un assuré qui s'est soumis, à l'étranger, à des traitements médicaux qui ne peuvent être administrés en Suisse, ne puisse pas en obtenir la prise en charge aux conditions de l'art. 36 al. 4 OAMal au seul motif que la liste de ces traitements n'a pas été établie et qu'elle n'est pas en voie de l'être. Cela se justifierait d'autant moins que l'OFAS après avoir pris acte du fait qu'une telle liste n'est simplement pas réalisable pour d'évidentes raisons, recommande, dans certains cas et à certaines conditions, la prise en charge de ces coûts. Il n'est pas pour autant nécessaire de combler une lacune en établissant, au cas par cas, la liste des prestations dès lors que la règle légale est suffisamment précise pour être appliquée (cf. ATF 113 Ib 62 consid. 3). Il y aura lieu en particulier de s'assurer d'une part que la prestation - au sens des art. 25 al. 2 et 29 LAMal - répondant au critère 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). En l'espèce, les parties admettent, à juste titre, que le traitement effectué à la clinique Mayo à Scottdale ne peut être considéré comme découlant d'une urgence dès lors que le déplacement à l'étranger en vue d'y effectuer un traitement exclut précisément ce caractère. Par ailleurs, le traitement en cause est une prestation non fournie en Suisse au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal. Ce fait, admis par l'intimée a été confirmé par les Dr I _____ et C _____ le 28 janvier 2004 et le 22 février 2004 ainsi que par le Dr F _____ le 28 octobre 2004. La notion de « raisons médicales » (art. 34 al. 2 LAMal) n'est pas définie plus précisément dans la loi ou dans l'ordonnance. Le Message du Conseil fédéral est également muet sur ce point. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, les art. 34 al. 2 LAMal et 36 al. 1 OAMal sont applicables si aucune prestation n'est disponible en Suisse ou s'il est possible de fournir la prestation considérée en Suisse mais qu'elle comporte des risques considérablement plus élevés pour l'assuré par rapport à un traitement à l'étranger, de sorte que cette prestation ne saurait être raisonnablement tenue sur le plan médical pour disponible et appropriée en Suisse . En revanche des avantages légers, difficiles à estimer ou encore contestés d'une prestation effectuée à l'étranger, ainsi que le fait qu'une clinique à l'étranger dispose d'une plus grande expérience dans le domaine concerné, ne constituent pas des « raisons médicales », au sens de l'art. 34 al. 2 LAMal (arrêt non publié du Tribunal

fédéral des assurances du 14 octobre 2002 K 39/01 p. 2 consid. 1.3). La question de savoir s'il existe des raisons médicales est une question de droit que le juge ne peut trancher sans se fonder sur des avis médicaux. Toutefois, il devrait être contraire au système de la LAMal d'admettre qu'il existe de telles raisons pour recourir à des prestations non appropriées ou inefficaces. Par ailleurs, les prestations fournies à l'étranger sont soumises à la même condition générale du caractère efficace, approprié et économique figurant l'art. 32 al. 1 LAMal (arrêt non publié du Tribunal fédéral des assurances du 8 octobre 2002 K 44/00 p. 3 consid. 3.2). Bien que la terminologie employée à l'art. 34 al. 2 LAMal diffère de celle de l'art. 32 al. 1 LAMal, on voit mal pourquoi le législateur aurait voulu soumettre une prestation fournie à l'étranger à des conditions moins strictes. Enfin, le principe de la territorialité reste à l'heure actuelle la règle de base, de sorte qu'une interprétation stricte des raisons médicales devrait être de mise (L_____, « Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale en cas de séjour à l'hôpital, en établissement médico-social et/ou en cas de soins à domicile, IRAL, 2004, p. 261-262).

a) Les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. Ces termes sont définis de la manière suivante par l'OFAS (« Manuel de standardisation pour l'évaluation médicale et économique des prestations médicales », édition 1998) :

- Efficacité : elle exprime la valeur clinique d'une mesure médicale. L'efficacité clinique d'une prestation médicale indique dans quelle mesure celle-ci atteint l'objectif visé dans des conditions données de la pratique clinique ;
- Adéquation (caractère approprié) : Evaluation comparative de l'utilité médicale d'une mesure pour le patient avec les risques qui y sont liés (évaluation des besoins) ;
- Caractère économique : évaluation comparative de la dépense occasionnée par la prestation et de la valeur des résultats. En pratique, il s'agit de mettre en balance les éléments suivants :
 - La mesure et ses effets diagnostiques ou thérapeutiques sur une affection déterminée (efficacité) ;
 - Le traitement et la situation particulière d'un patient déterminé (caractère approprié) ;
 - Le traitement et les coûts qu'il occasionne (économie).

(T_____ « Droit aux soins et rationnement – Approche d'une définition des soins nécessaires – IDS 2002 p. 139).

b) L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). 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). Dans la nouvelle loi, le critère d'efficacité a remplacé celui de la reconnaissance scientifique (art. 23 LAMA). Selon le message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, ce dernier critère est apparu inapproprié et imprécis, ce qui justifiait l'introduction à sa place du critère d'efficacité (FF 1992 I 140). Ce changement a donné lieu à des discussions nourries devant les Chambres, en relation avec les médecines complémentaires (voir à ce sujet, DUC, Médecines parallèles et assurances sociales, in : LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, p. 150 sv.). Il a été ainsi précisé, par rapport au projet du Conseil fédéral, que l'efficacité devait être établie par des méthodes scientifiques (voir ATF 123 V 63 consid. 2c/bb). S'agissant de la médecine classique, le critère d'efficacité n'apporte par fondamentalement de changement, la reconnaissance scientifique restant dans ce domaine le critère adéquat (ATF 125 V 21). 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 ; 125 V 20). c) La question du caractère approprié d'une prestation 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 146 consid. 5). Cette notion étant parfois mal délimitée par rapport aux autres conditions posées par l'art. 32 LAMal, il est bon d'en rappeler la définition : ce qui est approprié est ce qui est médicalement utile pour le patient. Ce sont donc les critères médicaux qui déterminent si une prestation de soins est appropriée ou non. L'appréciation du caractère approprié d'un soin présuppose que la condition de l'efficacité est remplie. Le Tribunal fédéral l'a confirmé dans un arrêt traitant de l'opportunité ou non d'effectuer une revascularisation du myocarde et le remplacement de la valve aortique (RAMA 1999 p. 182 – ATF 125 V 95). En l'occurrence, la patiente, âgée de 81 ans, souffrait d'une fonction ventriculaire gauche gravement limitée, qui présentait une importante contre-indication à toute chirurgie cardiaque. La patiente est d'ailleurs décédée 4 jours après l'opération. Selon le Tribunal fédéral, le caractère approprié d'une mesure est donné lorsque l'indication médicale est clairement établie. L'indication médicale suppose un diagnostic précis et une pesée d'intérêts entre les bénéfices d'un traitement, les contre-indications et les effets secondaires. Par conséquent, s'il y a une contre-indication importante, la prestation ne sera pas considérée comme étant appropriée au sens de l'art. 32 LAMal et elle ne sera pas prise en charge par l'assurance de base (G. T. _____ op. cit. p. 151-152). Le caractère approprié d'une mesure diagnostique ou thérapeutique (art. 21 al. 1 Ord. III sur l'assurance-maladie) ou d'une prestation (art. 32 al. 1 LAMal) relève en principe de critères médicaux (EUGSTER, op. cit., ch. 189). Lorsque l'indication médicale est clairement établie, il est inutile de faire des développements particuliers pour admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 121 V 300 consid. 7b et 310 consid. 7b ; ATF 125 V 99 ; ATF 130 V 532). d) 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 146 consid. 5; RAMA 2004 n° KV 272 p. 111 consid. 3.1.2 ; ATF 130 V 532). Si plusieurs traitements sont envisageables, il y a lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices du traitement. Si l'un d'entre eux permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais du traitement le plus onéreux (RAMA 1/1998 p. 4/5 ; RAMA 1/1998 p. 4/5). Quand il n'existe pas d'autre traitement ou du moins pas de traitement plus avantageux, on juge l'économicité d'après le montant du coût du traitement et les chances de succès du traitement auxquelles on s'attend au regard du principe de proportionnalité (RAMA 2/2004 p. 112). L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'art. 56 al. 1 LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Comme le Tribunal fédéral des assurances l'a déjà relevé à propos de l'art. 23 LAMA, dont le contenu était analogue, les caisses sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses ; elles y sont d'ailleurs obligées, dès lors qu'elles sont tenues de veiller au respect du principe de l'économie du traitement (FRANCOIS-X. DESCHENAUX, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui

concerne le médecin, in : Mélanges pour le 75^{ème} anniversaire du TFA, Berne 1992, p. 537). Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre caisses et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 125 V 98 consid. 2b et la jurisprudence citée). Pour l'essentiel, ces principes conservent leur valeur sous le régime du nouveau droit (SVR 1999 n° KV 6, p. 12 consid. 7 non publié aux ATF 124 V 128). D'autre part, selon l'art. 49 al. 3 LAMal, la rémunération allouée en cas d'hospitalisation s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital (servant au traitement hospitalier de maladies aiguës au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal) en vertu de l'art. 49 al. 1 et 2 LAMal, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier (ATF 127 V 47). La jurisprudence implique que, si les autres conditions sont remplies (réalisation d'un risque assuré, absence d'inscription du traitement sur la liste négative et autres conditions posées par l'art. 32 LAMal), un traitement, même s'il est extrêmement coûteux, devra être pris en charge par l'assurance-maladie sociale s'il n'existe aucune alternative conduisant à un résultat semblable. La situation n'est toutefois pas aussi claire en rapport avec l'art. 56 LAMal et le principe de la proportionnalité (G. T_____ op. cit. p. 155). Alors que l'art. 32 LAMal règle les conditions générales de prise en charge des prestations, l'art. 56 LAMal vise le contrôle concret de ces conditions. D'ailleurs, cette disposition est située dans la section 6 de la LAMal, intitulée « Contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations ». L'art. 56 al. 1 LAMal précise l'application du principe de la proportionnalité pour ce contrôle. Littéralement, il s'agit de la pesée entre la quantité et la nature des prestations à fournir d'une part, et l'intérêt de l'assuré et le but du traitement d'autre part. L'analyse systématique de cet alinéa (intitulé de l'art. et la section) indique qu'il s'agit également de la pesée entre les prestations et les coûts. Le Tribunal fédéral reconnaît que le principe de l'économicité peut entrer en ligne de compte par le biais du principe de la proportionnalité, même si aucune alternative de traitement n'est possible, lorsqu'il y a disproportion évidente entre les coûts et les bénéfices thérapeutiques attendus. Il cite régulièrement la même phrase-clé : « Die Krankenversicherer haben somit auch für kostspielige Massnahmen aufzukommen, wenn entweder überhaupt keine andere oder jedenfalls keine kostengünstigere Methode zur Verfügung steht und die Massnahme sich unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismässigkeit noch rechtfertigen lässt » (G. T_____ op. cit. p. 155-156). Le précepte de l'économie ne doit pas être interprété comme exigeant des mesures bon marché. Il ne peut pas être utilisé non plus pour justifier un rationnement de soins nécessaires laissant entrevoir une chance raisonnable de succès. Les considérations entre coûts et bénéfices d'un traitement seraient inconvenantes pour s'opposer à la prise en charge du seul traitement disponible pour l'assuré dans le cas particulier et qui laisse entrevoir dans une mesure raisonnable, qu'il ne sera pas entrepris en vain. On doit avoir recours à pareil cas au principe général de la proportionnalité. On ne reconnaîtra une atteinte à cette dernière que si l'on constate un déséquilibre manifeste – pour ne pas dire grossier – entre le niveau des coûts du traitement et le résultat que l'on peut en espérer. On peut procéder à une balance entre coûts et bénéfices, mais cela n'apparaît légitime que si plusieurs traitements sont envisageables et que l'un permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres (F.-X. DESCHENAUX op. Cit. p. 535). En l'espèce, s'agissant tout d'abord de l'efficacité du traitement, il convient de déterminer si une radiothérapie intraopératoire est un traitement scientifiquement reconnu. A cet égard, l'audition des Drs I _____ et C _____ a permis au Tribunal de céans de se convaincre que tel est bien le cas. En

effet, le Dr C _____ a indiqué que cette thérapie devait être introduite à l'hôpital cantonal de Genève au milieu des années 90 et que c'était uniquement pour des raisons budgétaires que cela n'avait pas été réalisé. Ainsi, la passerelle de lien entre le bâtiment de radiothérapie et le bloc opératoire avait été prévue et construite dans le but de pratiquer la radiothérapie intraopératoire. Il s'agissait d'un traitement efficace dans des situations particulières. Par ailleurs, le traitement existait depuis plus de 30 ans dans différents pays dont le Japon, la France et les Etats-Unis et se prêtait à des situations très particulières peu nombreuses. Il manquait donc en Suisse en matière de radiothérapie certaines techniques de pointe. Cette technique permettait de rajouter une dose de radiothérapie ciblée directement sur la tumeur, sans léser d'autres tissus et permettait de diminuer ainsi les risques de rechute. A cet égard, même si les chiffres avancés par les médecins de la clinique Mayo ont été revu à la baisse par les Drs C _____ et, ces derniers ont considéré qu'une diminution estimée, pour le premier à 5 % et pour le second à 7 à 10 % du risque de rechute justifiait en tout état au niveau médical l'introduction d'un tel traitement. Il y a lieu de considérer que ce traitement est éprouvé par la science médicale et que, pratiqué depuis plus de 30 ans, il est largement reconnu par les chercheurs et les praticiens, comme cela ressort des déclarations des Drs C _____ et K _____. A cet égard, est déterminant en l'espèce le fait que cette thérapie avait été choisie par l'hôpital cantonal de Genève pour être introduite moyennant l'aménagement d'une passerelle au moment de la construction du nouveau bâtiment de radiothérapie, laquelle a d'ailleurs été réalisée. Comme le relève le Dr K _____, cette thérapie finira par arriver en Suisse, des raisons budgétaires uniquement expliquant cette renonciation et en aucune manière une mise en doute médicale de l'efficacité du traitement. Ensuite, le caractère adéquat du traitement litigieux est admis par l'intimée. Le Tribunal de céans ne peut que confirmer cette position dès lors que selon les témoignages des Drs I _____ et C _____ ainsi que des attestations médicales des Drs B _____ et H _____, une intervention chirurgicale visant à l'ablation de la tumeur, avec un traitement de radiothérapie intraopératoire était indiquée dans le cas du recourant. A cet égard, le Dr C _____ a déclaré que la radiothérapie intraopératoire était un traitement efficace dans certaines situations particulières comme l'était celle du recourant dès lors qu'il existait un doute quant à l'infiltration de la prostate par la tumeur, celle-ci ayant par ailleurs été classée par le Dr I _____ de tumeur agressive, avec infiltration des ganglions. Ce dernier médecin a relevé que l'indication de radiothérapie intraopératoire se justifiait dans le but d'améliorer les chances de succès du traitement. Enfin, le Dr B _____ a également attesté que compte tenu de la grande probabilité de récurrence locale du genre de tumeur du recourant, il était absolument certain que la radiothérapie intraopératoire pouvait diminuer ce risque. Il y a lieu de considérer dans ces conditions que, conformément aux avis médicaux suisses et américains, le traitement en cause était utile pour le patient, et donc approprié au sens de la jurisprudence précitée. S'agissant enfin du caractère économique du traitement, il n'y a pas dans le cas d'espèce de thérapie alternative équitable à celle reçue par le recourant de telle manière que seul le principe de la proportionnalité s'applique en l'espèce pour limiter la prise en charge du coût du traitement. A cet égard, le traitement qu'aurait reçu le recourant en Suisse correspond au traitement chirurgical américain à l'exception de la radiothérapie intraopératoire. Or, les médecins entendus par le Tribunal de céans ont attesté que cette radiothérapie permettait de diminuer les risques de rechute dans une proportion non négligeable (5 à 7 %). Aucun autre traitement pratiqué en Suisse ne permet d'arriver à ce même résultat. Pour calculer le coût du traitement, arrêté à 47'500 US dollars, il y a lieu de prendre en compte le cours

déterminant au jour de la facturation des prestations de la clinique Mayo, soit en décembre 2003, mois durant lequel le recourant a d'ailleurs versé une grande partie du montant de la facture (35'000 US dollars). Le cours moyen à prendre en considération est donc de 1.2625 (sources Bloomberg) et non pas de 1.31 (cours au 1^{er} septembre 2004). En conséquence, le montant correspondant à 47'500 US dollars est de fr. 59'969.- (et non pas de fr. 62'225.- comme allégué par le recourant). Selon le devis transmis par le recourant de la clinique générale Beaulieu, l'opération de l'assuré aurait coûté fr. 41'941.-, soit environ fr. 18'000.- de moins que le coût du traitement à la clinique Mayo. Compte tenu du fait que le traitement américain comprend une prestation supplémentaire, soit la radiothérapie intraopératoire – dont l'installation initiale est très coûteuse comme l'ont relevé les témoins C_____ et I_____ – il y a lieu d'admettre que le coût du traitement litigieux ne viole pas le principe de proportionnalité, étant rappelé qu'un traitement même coûteux doit être pris en charge par l'assurance-maladie sociale s'il n'existe aucune alternative conduisant à un résultat semblable. En particulier, on ne saurait retenir qu'il y a disproportion évidente entre les coûts et les bénéfices thérapeutiques attendus, ces derniers ayant été qualifiés d'important par les médecins précités dès lors qu'ils correspondaient à une diminution des risques de rechute non négligeable. Il est de jurisprudence constante que le versement d'intérêts moratoires sur des prestations d'assurance sociale ne peut être ordonné qu'à titre exceptionnel, en présence d'actes ou d'omissions illicites et fautifs de l'assureur social, ce qui n'est pas le cas en l'espèce (ATF 119 V 81 consid. 3a, 117 V 351). On précisera toutefois que depuis le 1^{er} janvier 2003, l'art. 26 al. 2 LPGA prévoit que des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe (ATFA du 25 août 2003, cause U 21/03). En l'espèce, le délai de 24 mois échoît en décembre 2005, ce qui fait que le recourant n'a, en l'état, pas droit à des intérêts moratoires. Au vu de ce précède, la demande sera rejetée et le recours partiellement admis, l'intimée étant condamnée à prendre en charge les frais de traitement arrêtés à fr. 59'969.-, sur la base du contrat d'assurance-maladie LAMal, charge à elle d'examiner s'il y a lieu de déduire une participation aux coûts, en fonction du contrat du recourant (art. 64 LAMal). La cause lui sera en conséquence renvoyée pour nouvelle décision. Vu l'issue du litige, une indemnité de fr. 2'000.- sera allouée au recourant, à charge de l'intimée.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.