

VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 835 vom 20. Januar 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-01-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2014__835

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 835 du 20 janvier 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 835 del 20 gennaio 2015

Regeste

ASSURANCE OBLIGATOIRE, ASSURANCE-MALADIE ET ACCIDENTS, FRAIS DE TRAITEMENT, TRAITEMENT À L'ÉTRANGER, OPÉRATION, URGENCE, NÉCESSITÉ | 24 LAMal, 25 LAMal, 34 LAMal, 36 al. 1 OAMal, 36 al. 2 OAMal

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 20.01.2015 Arrêt / 2014 / 835

ASSURANCE OBLIGATOIRE, ASSURANCE-MALADIE ET ACCIDENTS, FRAIS DE TRAITEMENT, TRAITEMENT À L'ÉTRANGER, OPÉRATION, URGENCE, NÉCESSITÉ | 24 LAMal, 25 LAMal, 34 LAMal, 36 al. 1 OAMal, 36 al. 2 OAMal

TRIBUNAL CANTONAL AM 49/13 - 5/2015 ZE13.055261 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 20 janvier

2015 _____ Présidence de Mme Brélaz Braillard , juge unique
Greffière : Mme Brugger ***** Cause pendante entre : U. _____ , à [...],
recourant, représenté par Me Denis Weber, avocat à Lausanne, et I. _____ , à [...],
intimée. _____ Art. 24, 25 et 34 LAMal; 36 al. 1 et al. 2 OAMal E n f a i t : A.
U. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est assuré depuis le 1 er janvier
2008, auprès d'I. _____ (ci-après : I. _____ ou l'intimée), pour l'assurance
obligatoire des soins, modèle médecin de famille, avec une franchise de 2'500 francs. Par
courrier du 20 mars 2013, l'assuré a informé I. _____ s'être rendu au [...] fin décembre
2012 afin d'y être opéré le 10 janvier 2013. Il a expliqué souffrir de problèmes de dos qui
s'étaient aggravés au cours de l'année 2012 et avaient nécessité une hospitalisation
d'urgence au W. _____ (ci-après : le W. _____) en novembre 2012 durant une
dizaine de jours. Dans la mesure où aucune opération ne pouvait être programmée avant le
mois de mars 2013 et que ses douleurs étaient devenues insupportables, il avait pris des
dispositions pour se faire opérer au [...]. Il y est resté en convalescence jusqu'au 1 er mars
2013, avant de rentrer en Suisse. L'assuré a demandé à I. _____ le remboursement des
factures y relatives. A l'appui de son courrier, l'assuré a produit une attestation médicale du
8 mars 2013 du Dr S. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin
traitant, qui a indiqué suivre le patient depuis fin 2011 en raison d'importantes lombalgies.
Le médecin a précisé que les douleurs s'étaient aggravées par la suite jusqu'à devenir
handicapantes et qu'un traitement aux opiacés avait été instauré en mars 2012. Il a
également relevé que le patient se plaignait d'une fatigue chronique aggravée par la prise du
traitement et d'une altération de ses capacités cognitives (facultés d'attention, de
concentration, de rappels). Selon le Dr S. _____, l'assuré s'était ainsi trouvé diminué et
sa perception des faits ainsi que sa prise de décisions avaient été affectées. Le 9 avril 2013,
I. _____ a fait savoir à l'assuré qu'elle refusait de contribuer aux frais des soins
prodigués au [...] de janvier à mars 2013, au motif qu'il avait délibérément choisi de se faire

soigner à l'étranger. Dans un rapport du 22 avril 2013 à I. _____, le Dr S. _____ a indiqué que l'assuré souffrait de lombalgies depuis de nombreuses années. Des examens effectués en 2003 et 2010 ont mis en évidence une discopathie L5-S1 ainsi qu'un kyste arachnoïdien para radiculaire S1 droite. L'assuré a bénéficié de plusieurs traitements conservateurs (corticothérapie, traitement au Lyrica et infiltration péri-durale) qui ont permis une amélioration passagère, jusqu'à une nouvelle exacerbation des douleurs avec réaction inflammatoire fin 2011. Un nouveau traitement conservateur aux opiacés a été instauré, toutefois sans succès, et l'assuré a cessé toute activité professionnelle en octobre 2012 en raison de ses douleurs et des effets secondaires du traitement. L'assuré a été vu en consultation par le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a posé une indication opératoire et prévoyait une intervention, toutefois pas avant le mois mars 2013. Dans son rapport du 22 avril 2013 à I. _____, le Dr S. _____ a également précisé les éléments suivants : « [...] M. U. _____ ne travaillant plus depuis fin 2012 il se trouvait dans une situation financière difficile, il était impératif qu'une solution puisse être trouvée rapidement à son problème. J'avais alors pris contact avec différents hôpitaux cantonaux à [...] [...] et [...] c'est finalement qu'à [...] qu'une consultation et éventuelle prise en charge opératoire avancée est envisageable. M. U. _____ est vu en consultation en décembre 2012 par la Dresse M. _____ du Service de neurochirurgie. Malheureusement cette consultation restera sans suite la doctoresse temporisant et voulant attendre de voir l'évolution lors des prochains mois (alors que l'indication opératoire avait déjà été posée à de maintes reprises). [...] Ces nombreuses consultations spécialisées ont ainsi eu lieu en raison de l'importance des lombalgies, invalidantes et de problèmes asséurologiques. Une intervention chirurgicale était inévitable, prévue au W. _____ pour le mois de mars ou avril. Mes démarches et celles du patient ont été motivées par l'espoir d'une prise en charge rapide. M. U. _____ a finalement pu faire avancer l'opération, ses douleurs, son handicap étaient tels que seule l'opération était à même de le soulager rapidement et durablement ». Selon le Dr S. _____, dès lors que l'opération devait avoir lieu de toute manière, I. _____ devait prendre en charge les frais de l'opération pratiquée à l'étranger. Le 13 mai 2013, I. _____ a informé l'assuré qu'elle maintenait sa décision de refus de prise en charge. Elle a constaté, malgré les raisons ayant poussé l'assuré à organiser l'intervention à l'étranger, que celle-ci aurait pu être réalisée en Suisse. Sur la base de l'art. 36 OAMal et du principe de territorialité, aucune prise en charge n'était possible lorsque l'assuré se rendait à l'étranger dans le but d'y suivre un traitement. Le 10 juin 2013, l'assuré, par l'intermédiaire de Me Denis Weber, mandataire, a demandé à I. _____ la prise en charge des frais relatifs au traitement subi au [...] d'un montant de 21'437 fr. 70 ainsi que de ses frais de voyage d'un montant de 1'742 fr. 30. Il a invoqué un cas d'extrême urgence face à l'impossibilité de se faire opérer rapidement en Suisse ainsi que le principe d'économicité, les coûts hospitaliers étant moins élevés au [...]. Par courrier du 28 juin 2013, le mandataire de l'assuré a transmis à I. _____ une attestation du 2 mai 2013 du Dr D. _____ du W. _____. Ce médecin a attesté avoir retenu l'indication opératoire pour procéder à une spondylodèse L4-L5 et L5-S1, la date initialement prévue pour cette opération étant le 18 avril 2013. A l'époque de la consultation, à savoir le 21 novembre 2012, la liste opératoire comptait cinq mois d'attente. Par décision du 1^{er} juillet 2013, I. _____ a refusé la prise en charge des frais relatifs au traitement subi par l'assuré au [...]. Elle a estimé que le critère d'urgence au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal et de la jurisprudence faisait défaut, l'assuré s'étant rendu délibérément à l'étranger pour s'y faire opérer. En outre, l'assuré n'avait pas

droit, en l'absence de raisons médicales, au remboursement d'un montant équivalent aux frais qui auraient été occasionnés si le traitement avait eu lieu en Suisse; il ne pouvait dès lors pas se prévaloir du droit à la substitution de la prestation. Le 2 août 2013, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a complété son opposition le 5 août 2013 par l'envoi d'un bordereau de pièces comprenant les trois documents suivants : - Un rapport du 29 novembre 2012 des Drs D. _____ et B. _____, médecin assistant au service d'orthopédie et traumatologie du W. _____, faisant suite à la consultation de l'assuré le 21 novembre 2012. Les médecins ont posé les diagnostics de lombopyalgies droites et de discopathie contiguë L4-L5 et L5-S1 de type Modic I. Ils ont indiqué que l'assuré avait consulté les urgences du W. _____ le 5 novembre 2012 et qu'il était alors hospitalisé pour antalgie dans le service de rhumatologie depuis le 15 novembre 2012. Une opération agendée en septembre 2012, avait finalement dû être annulée en raison d'un problème au niveau de son assurance complémentaire. Dans leur appréciation du cas, les Drs D. _____ et B. _____ ont exposé ce qui suit : « Monsieur U. _____ présente une acutisation de sa lombalgie chronique sur une discopathie contiguë L4-L5 et L5-S1. Nous retenons l'indication opératoire par spondylodèse antérieure avec ALIF L4-L5 et L5-S1. Nous mettons en garde le patient sur le fait qu'il y a 40% d'échec pour une telle chirurgie avec notamment un risque d'infertilité par éjaculation rétrograde. Par contre, un tel geste ne peut pas se faire dans son contexte actuel de douleurs aiguës et nous aimerions en premier lieu demander un avis à la Dresse [...] ou au Dr [...] d'évaluer les possibilités thérapeutiques que l'on pourrait offrir au patient actuellement ». - Un rapport du 26 juin 2013 du Dr D. _____, faisant suite à une consultation six mois après l'opération au [...]. Le médecin a observé un résultat plutôt positif subjectivement, avec quelques douleurs résiduelles. Le Dr D. _____ a notamment indiqué les éléments suivants : « Nous avons mis au programme Monsieur U. _____ pour une spondylodèse par voie antérieure, opération qui était prévue en avril 2013. Le patient souffrant de beaucoup de douleurs, a opté pour un traitement au [...]. Son assurance n'a pas reconnu le paiement, raison pour laquelle des avocats sont impliqués et des démarches juridiques sont faites. Le patient me dit qu'il va beaucoup mieux qu'avant le geste chirurgical. Néanmoins, il a encore des lombalgies intenses qui font qu'il n'arrive pas à rester assis longtemps ». - Un courrier du 2 août 2013 du Dr D. _____ au mandataire de l'assuré, indiquant que l'assuré avait été vu en consultation le 21 novembre 2012 avec le Dr B. _____ et qu'il avait été mis au programme opératoire pour une spondylodèse par voie antérieure (par le ventre) des étages L4-L5 et L5-S1. Le Dr D. _____ précisait avoir revu le patient à une seule reprise après son opération au [...], en date du 26 juin 2013. Le 13 août 2013, le mandataire de l'assuré a notamment adressé à I. _____ les documents suivants : - Un rapport du 30 novembre 2012 de la Dresse X. _____, spécialiste en radiologie, faisant suite à une IRM (imagerie par résonance magnétique) du rachis lombaire du même jour. Ce contrôle avait été réalisé en vue d'une cure chirurgicale. Le médecin a émis les conclusions suivantes : « Discopathies lombaires étagées de L3-L4 à L5-S1 prédominant en L5-S1. Discopathie MODIC avec remaniement inflammatoire du plateau vertébral en L4-L5 et plus modérée en L5-S1. Petite inflammation du coin antéro-supérieur de L4, le tout étant des signes de micro-instabilité segmentaire. Arthrose postérieure bilatérale modérée L4-L5 et L5-S1 avec des remaniements inflammatoires en L4-L5 gauche. Inflammations interépineuses L3-L4 et L4-L5. Absence de kyste arthrosynovial facettaire L5-S1 mais présence d'une petite saillie disco-ostéophyttaire au niveau du récessus latéral droit en L5-S1, sans réel signe de conflit avec la racine S1 droite ». - Un rapport incomplet du 10 décembre 2012 du W. _____,

adressé au Dr S. _____, faisant suite au séjour de l'assuré auprès du service de rhumatologie du W. _____ du 15 au 23 novembre 2012. - Un courrier du 10 juin 2013 du Dr S. _____, sollicitant une consultation auprès du Dr D. _____. Le Dr S. _____ a fait part au Dr D. _____ d'une exacerbation récente des douleurs cinq mois après l'intervention au [...] et de la nécessité d'avoir l'avis de spécialistes en chirurgie orthopédique sur son évolution. Par décision sur opposition du 22 novembre 2013, I. _____ a confirmé son refus de prendre en charge les traitements médicaux effectués au [...] de janvier à mars 2013. B. Par acte du 20 décembre 2013, U. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision. Il a conclu principalement, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens que I. _____ soit tenue de prendre en charge les coûts liés à l'opération subie le 10 janvier 2013 au [...], conformément à la LAMal, et subsidiairement au renvoi de la cause pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a fait valoir que l'intimée appliquait de manière erronée les art. 34 al. 2 LAMal et 36 al. 2 OAMal et qu'il convenait de tenir compte de l'évolution de la pratique, relative aux projets pilotes pour la prise en charge de prestations à l'étranger (art. 36a OAMal). Selon le recourant, le cas d'un patient devant se rendre en urgence à l'étranger pour se faire opérer, faute de possibilité en Suisse, n'avait pas été envisagé et constituait une lacune qu'il appartenait au juge de combler. Il soutenait que le critère de l'urgence était satisfait, bien que son pronostic vital ne fût pas engagé, et qu'il était fondé à se faire opérer à l'étranger. Au surplus, il a relevé que le traitement subi répondait aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Dans sa réponse du 10 février 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours au motif que tant le critère d'urgence que les autres raisons médicales préconisant d'effectuer le traitement à l'étranger faisaient défaut. Elle a en outre relevé que l'art. 36a OAMal ne s'appliquait pas en l'espèce dès lors que le traitement n'avait pas été effectué dans une zone frontalière à la Suisse. Le 25 mars 2014, le recourant a produit le rapport complet du 10 décembre 2012 des Dresses P. _____ et L. _____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante au Service de rhumatologie du W. _____. Les médecins ont expliqué qu'en raison de douleurs devenues insupportables, le recourant avait consulté le service des urgences du W. _____ le 5 novembre 2012. Des mesures antalgiques sous forme d'Oxycontin et d'Oxynorm ont été administrées. Malgré ce traitement, les douleurs étaient trop importantes et le patient était revenu le 15 novembre 2012 en rapportant une faiblesse des membres inférieurs avec des lâchages à la marche ainsi qu'une sensation d'hypoesthésie du membre inférieur droit. Dans leur synthèse, elles ont notamment exposé ce qui suit : « [...] Le 21.11.2012, le patient est vu à la consultation du rachis par le Professeur D. _____ et le Dr B. _____ où une indication opératoire est posée (spondylodèse L4-L5-S1) mais sans urgence, et notamment pas dans le contexte aigu actuel. L'intervention sera agendée dans le début de l'année prochaine, et le patient sera convoqué. Durant le séjour actuel, nous interrompons le traitement d'Oxycontin et le remplaçons par de la Morphine iv [intraveineuse], puis per os [par voie orale], avec une amélioration partielle des douleurs. Malgré celles-ci, le patient reste toujours complètement autonome, sans déficit, et sans irradiation dans les membres inférieurs. Le patient refuse la physiothérapie car cela lui augmente les douleurs. Il désire rentrer à domicile ». Dans ses déterminations du 30 avril 2014, l'intimée a relevé que le rapport du 10 décembre 2012 des Dresses P. _____ et L. _____ démontrait qu'il n'y avait aucune urgence à ce que le recourant se rende au [...] afin de s'y faire opérer. Le 5 août 2014, le recourant a produit deux devis de l'opération projetée : - Un devis du 23 août 2012 de la Clinique [...], estimant l'intervention à 51'300 fr., comprenant notamment une hospitalisation de 7 jours (6 nuits)

en chambre semi-privée ainsi que les honoraires des médecins intervenants; - Un devis du 7 septembre 2012 de la Clinique [...], présentant une estimation à 39'030 fr., basée sur un séjour de 8 jours en chambre mi-privée, accompagné d'un courrier du chirurgien estimant le montant de ses honoraires entre 12'000 et 16'000 francs. Le 1^{er} septembre 2014, l'intimée a informé n'avoir aucune remarque particulière à formuler sur les devis précités. E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; 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 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 interjeté en temps utile et répond aux autres conditions de forme 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). De valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la présente cause doit être tranchée par un membre de la Cour statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de l'opération subie le 10 janvier 2013 au [...] et ses suites.

3. a) Aux termes de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 de cette même loi en tenant compte des conditions prévues aux art. 32 à 34 LAMal. Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment, d'une part, les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, des chiropraticiens, ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2 let. a ch. 1), et, d'autre part, une participation aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage (al. 2 let. g). L'art. 32 al. 1, 1^{ère} phrase LAMal précise que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 de cette loi doivent être efficaces, appropriées et économiques. b) Aux termes de l'art. 34 al. 2, 1^{ère} phrase 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. Par « raison médicale », il faut entendre soit des cas d'urgence, soit des cas dans lesquels il n'y a pas en Suisse l'équivalent de la prestation à fournir (ATF 128 V 75 consid. 1b; TFA K_65/03 du 5 août 2003 consid. 2.1). Faisant usage de cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 OAMal (ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102), intitulé « Prestations à l'étranger ».

aa) Selon l'alinéa 1 de cette disposition, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 de la loi dont les coûts occasionnés à l'étranger sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse (une liste de ces prestations n'a cependant pas été établie; cf. ATF 131 V 271 consid. 3.1 et 128 V 75). Une exception au principe de la territorialité selon l'art. 36 al. 1 OAMal en corrélation avec l'art. 34 al. 2 LAMal n'est admissible que dans deux éventualités. Ou bien il

n'existe aucune possibilité de traitement de la maladie en Suisse, ou bien il est établi, dans un cas particulier, qu'une mesure thérapeutique en Suisse, par rapport à une alternative de traitement à l'étranger, comporte pour le patient des risques importants et notablement plus élevés. Il s'agira, en règle ordinaire, de traitements qui requièrent une technique hautement spécialisée ou des traitements complexes de maladies rares pour lesquelles, en raison précisément de cette rareté, on ne dispose pas en Suisse d'une expérience diagnostique ou thérapeutique suffisante. En revanche, quand des traitements appropriés sont couramment pratiqués en Suisse et qu'ils correspondent à des protocoles largement reconnus, l'assuré n'a pas droit à la prise en charge d'un traitement à l'étranger en vertu de l'art. 34 al. 2 LAMal. C'est pourquoi les avantages minimes, difficiles à estimer ou encore contestés d'une prestation fournie à l'étranger, ne constituent pas des raisons médicales au sens de cette disposition; il en va de même du fait qu'une clinique à l'étranger dispose d'une plus grande expérience dans le domaine considéré (ATF 134 V 330 consid. 2.3 et 131 V 271 consid. 3.2; TF 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.2; RAMA 2003 n° KV 253 p. 231 consid. 2). Une interprétation stricte des raisons médicales doit être de mise (TF 9C_566/2010 du 25 février 2011 consid. 3 avec les références citées). Il convient en effet d'éviter que les patients ne recourent à grande échelle à une forme de « tourisme médical » à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. A cet égard, il ne faut pas perdre de vue que le système de la LAMal est fondé sur le régime des conventions tarifaires avec les établissements hospitaliers. Une partie du financement des hôpitaux repose sur ces conventions (art. 49 LAMal). Ce serait remettre en cause ce financement – et la planification hospitalière qui lui est intrinsèquement liée – que de reconnaître aux assurés le droit de se faire soigner aux frais de l'assurance obligatoire dans un établissement très spécialisé à l'étranger afin d'obtenir les meilleures chances de guérison possibles ou de se faire traiter par les meilleurs spécialistes à l'étranger pour le traitement d'une affection en particulier. A terme, cela pourrait compromettre le maintien d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale en Suisse, essentielles pour la santé publique (cf. par analogie, s'agissant des impératifs susceptibles d'être invoqués pour justifier une entrave à la libre prestation des services dans l'Union Européenne en matière de soins hospitaliers : arrêt de la Cour de justice des communautés européennes [CJCE] du 13 mai 2003, Müller-Faure et Van Riet, rec. 2003 I page 4509, points 72 ss et du 12 juillet 2001, Smits et Peerbooms, rec. 2001 I page 5473, points 72 ss). C'est une des raisons d'ailleurs pour lesquelles l'assuré n'a pas droit, en l'absence de raisons médicales, au remboursement d'un montant équivalent aux frais qui auraient été occasionnés si le traitement avait eu lieu en Suisse. En ce sens, l'assuré ne peut pas se prévaloir du droit à la substitution de la prestation (ATF 126 V 332 consid. 1b; ATFA non publié du 19 août 2005 en la cause K 78/05). bb) Aux termes de l'art. 36 al. 2 OAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement. Ce qui est déterminant, c'est que l'assuré ait subitement besoin et de manière imprévue d'un traitement à l'étranger. Il faut que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (TF 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.2 et les références citées). Pour le surplus, la prise en charge de toute prestation demeure soumise aux principes généraux d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (cf. art. 32 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 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 V 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). c) Par ailleurs, il n'existe aucun droit de recevoir, en lieu et place des prestations légales, des prestations moins coûteuses et qui ne sont pas obligatoirement à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Il ne saurait en effet y avoir un droit à la substitution de la prestation, lorsque celui-ci aboutit à ce qu'une prestation obligatoirement à la charge de l'assurance soit remplacée par une prestation qui ne l'est pas. Dès lors, si pour quelque raison que ce soit, un assuré choisit des soins et traitements qui ne font pas partie des prestations à charge de l'assurance, ou un fournisseur de prestations qui n'est pas admis à pratiquer à charge de l'assurance, il perd son droit (ATF 133 V 218 consid. 4.3; 126 V 330 consid. 1b; 111 V 324 consid. 2a). d) En vertu de l'art. 36a OAMal, le Département fédéral de l'intérieur peut, en dérogation à l'art. 34 LAMal, autoriser des projets pilotes prévoyant la prise en charge par des assureurs de prestations fournies à l'étranger, dans des zones frontalières, à des personnes résidant en Suisse. Les let. a à h de cette disposition prévoient plusieurs exigences auxquelles le projet pilote doit répondre. La durée de sa validité est limitée au 31 décembre 2012 (let. a). Il est présenté conjointement par un ou plusieurs cantons et un ou plusieurs assureurs (let. b). Le projet est ouvert aux personnes qui sont assurées au titre de l'assurance obligatoire des soins auprès des assureurs participant au projet pilote et qui ont leur résidence habituelle dans un canton participant au projet pilote (let. c). La liste des prestations fournies à l'étranger qui seront prises en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins doit en outre être circonscrite par le projet (let. d), de même que la liste des fournisseurs de prestations étrangers admis à pratiquer dans le cadre du projet (let. e). Les tarifs ou les prix des prestations fournies à l'étranger sont convenus et doivent être respectés (let. f et g). Chaque projet pilote fait l'objet d'un suivi scientifique (let. h). 4. a) Dans la décision attaquée, l'intimée a refusé de prendre en charge les frais relatifs au traitement effectué au [...] et ses suites, au motif que l'assuré s'y était rendu volontairement pour se faire opérer. Le recourant soutient en revanche que le critère de l'urgence était satisfait, bien que son pronostic vital ne fût pas engagé, et qu'il était ainsi fondé à se faire opérer à l'étranger. En l'espèce, la Cour de céans ne peut qu'aller dans le sens de l'intimée et constater que le critère d'urgence au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal n'est pas rempli pour admettre la prise en charge du traitement subi au [...]. Cette disposition définit la notion d'urgence dans le cadre de l'impossibilité de rapatriement en Suisse et exclut clairement le caractère d'urgence d'un traitement lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre celui-ci. Or, en l'espèce, le recourant s'est manifestement rendu volontairement au [...] pour s'y faire opérer. De ce seul fait, l'urgence au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal doit être niée. Au surplus, la Cour de céans peut constater qu'il n'existait aucune urgence médicale au traitement du recourant. Ni le délai d'attente à avril 2013 pour l'opération en Suisse ni l'exacerbation de ses douleurs ne permet d'admettre le contraire. En

effet, il ressort de l'ensemble des rapports médicaux au dossier que l'intervention n'était pas urgente et, de surcroît, exclue dans le contexte de douleurs aiguës qui prévalait à l'époque (cf. notamment rapport du 29 novembre 2012 des Drs D._____ et B._____ et rapport du 10 décembre 2012 des Desses P._____ et L._____). De l'avis des Drs D._____, B._____ et M._____ (cf. rapport du 22 avril 2013 du Dr S._____) il était même préférable d'attendre quelques mois avant l'opération. Le rapport du 30 novembre 2012 de la Dresse X._____, radiologue, ne permet pas d'avoir une autre vision des choses puisqu'il ne fait état que d'une situation radiologique mais ne se prononce pas sur l'urgence d'une situation médicale. Enfin, l'urgence au sens de la LAMal ne saurait être justifiée par des difficultés financières. b) Par ailleurs – bien que cela ne soit pas discuté par le recourant – on peut constater que le déplacement au [...] pour une spondylodèse n'est justifié par aucune autre raison médicale. Tout d'abord, le traitement subi au [...] pouvait manifestement être réalisé en Suisse, de sorte que la première éventualité de prise en charge sous l'angle de l'art. 36 al. 1 OAMal n'est pas donnée. En effet, il ressort notamment de l'attestation du 2 mai 2013 du Dr D._____, chirurgien orthopédique, que l'opération était initialement prévue en Suisse le 18 avril 2013. Les devis des 23 août et 7 septembre 2012, transmis par l'intéressé dans le cadre de son recours, démontrent également qu'une telle opération pouvait être réalisée dans plusieurs hôpitaux suisses. Contrairement à ce que soutient le recourant, le délai d'attente ne saurait démontrer l'impossibilité de traitement en Suisse, mais bien l'absence d'urgence comme nous l'avons vu ci-avant. D'autre part, il n'a nullement été établi par le recourant, ni par le corps médical qu'il a consulté, que cette intervention aurait comporté pour lui des risques importants en Suisse et notablement plus élevés qu'au [...]. Il s'agit au contraire d'une intervention couramment pratiquée en Suisse, correspondant à des protocoles largement reconnus, de sorte que le recourant n'a pas droit à la prise en charge de la spondylodèse subie au [...] en vertu de l'art. 36 al. 1 OAMal. Au vu des considérants qui précèdent, force est de constater qu'il n'existe aucune raison médicale au sens de la loi – en l'occurrence ni d'impossibilité de traitement en Suisse ni d'urgence – justifiant le traitement subi au [...] le 10 janvier 2013. C'est bien de sa propre initiative et non sur prescription ou recommandation de ses médecins suisses que le recourant s'est rendu au [...]. Par conséquent, l'assureur-maladie n'avait aucune obligation de prendre en charge le traitement subi au [...] et ses suites. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner si celui-ci répond aux principes généraux d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Enfin, dans la mesure où ils excluent explicitement la prise en charge du traitement litigieux, les art. 34 LAMal et 36 OAMal sont suffisamment précis et il n'y a pas lieu de constater de lacune. c) Le recourant fait également valoir son droit à la substitution de la prestation, arguant que l'opération subie au [...] et ses suites sont moins coûteuses que l'aurait été une intervention semblable pratiquée en Suisse. Si la Cour de céans peut constater une différence notable de coûts entre les factures présentées à I._____ pour le traitement subi au [...] et les devis pour l'opération projetée en Suisse, cela n'est pas pertinent dans le cas d'espèce. En effet, au vu du considérant qui précède, le traitement subi au [...] n'est justifié par aucune raison médicale et, de ce fait, ne relève pas d'une prestation obligatoirement à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Tant pour la première raison que pour la seconde, le droit à la substitution de la prestation est précisément exclu par la jurisprudence citée précédemment (cf. consid. 3b/aa in fine et 3c supra). d) Quant à l'art. 36a OAMal relatif aux projets pilotes, il n'est d'aucun secours au recourant. En effet, cette disposition ne concerne que des prestations fournies dans les zones frontalières à la Suisse, de sorte qu'elle ne s'applique pas à son traitement au [...]. L'examen des autres critères n'entre dès lors même

pas en considération. D'autre part, l'introduction en 2006 de cette disposition ne permet pas de s'écarter de la jurisprudence fédérale s'agissant de l'interprétation des art. 34 LAMal et 36 OAMal. En effet, contrairement à ce que soutient le recourant, le Tribunal fédéral a confirmé celle-ci bien après l'entrée en vigueur de l'art. 36a OAMal (cf. ATF 134 V 330; TF 9C_11/2007 du 4 mars 2008), de sorte qu'il y a toujours lieu de s'y référer. Au vu de ce qui précède, l'intimée était fondée à refuser de prendre en charge l'opération subie le 10 janvier 2013 au [...] et ses suites. 5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la juge unique prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 22 novembre 2013 par I._____ est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. La juge unique : _____ La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ Me Denis Weber (pour U._____), ■ I._____, - 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 :

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