

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2018 / 1039 vom 15. November 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-11-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2018\\_\\_1039](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2018__1039)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2018 / 1039 du 15 novembre 2018

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2018 / 1039 del 15 novembre 2018

### Regeste

ASSURANCE OBLIGATOIRE, AM, REMBOURSEMENT DE FRAIS{ASSURANCE}, TRAITEMENT À L'ÉTRANGER, CHIRURGIE, DROIT CONSTITUTIONNEL À LA PROTECTION DE LA BONNE FOI | 9 Cst., 32 al. 1 LAMal, 34 al. 2 LAMal, 27 LPGa, 36 al. 1 OAMal, 36 al. 2 OAMal

### Erwägungen

#### E. 15

novembre 2018 \_\_\_\_\_ Composition : M. Piguet , président MM. Berthoud et Oppikofer, assesseurs Greffier : M. Favez \*\*\*\*\* Cause pendante entre : A. \_\_\_\_\_ , au [...], recourante, représentée par Me Dominique Hahn, avocate à Lausanne, et B. \_\_\_\_\_ SA , à [...], intimée, \_\_\_\_\_ Art. 32 al. 1, 34 al. 2 LAMal, 36 al. 1 et 2 OAMal et 20 Règlement n° 883/2004 E n f a i t : A. a) La Dresse A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), spécialiste en chirurgie, née en [...] [...], est assurée auprès de B. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : B. \_\_\_\_\_ SA, la caisse ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. b) Durant l'année 2006, l'assurée a présenté un carcinome canalaire invasif du sein gauche qui a été traité par tumorectomie, curage axillaire, radiothérapie et hormonothérapie. A la suite de ces traitements, elle a été affectée par un lymphœdème du bras gauche, traité par une thérapie conservatrice (manche de compression et un à trois drainages lymphatiques par mois). En été 2014 et au printemps 2015, elle a souffert à deux reprises d'érysipèle (infection bactérienne des couches supérieures de la peau et des voies lymphatiques). c) Par courrier du 14 janvier 2016, l'assurée a requis de B. \_\_\_\_\_ SA, une attestation de prise en charge en vue d'une transplantation de ganglions lymphatiques par la Prof. Corinne Becker, spécialiste en chirurgie plastique et esthétique et en microchirurgie, à l'Hôpital C. \_\_\_\_\_ de Paris en précisant que l'intervention chirurgicale en question n'était pas pratiquée en Suisse. d) Le

#### E. 16

février 2016, l'assurée a bénéficié de l'intervention chirurgicale en question à l'Hôpital C. \_\_\_\_\_ de Paris. e) Les 9 et 18 février ainsi que le 24 mars 2016, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de la caisse, a adressé des préavis négatifs quant à la prise en charge du traitement précité, estimant que l'intervention était disponible en Suisse et qu'elle n'était pas un traitement établi. f) Par décision du 25 avril 2016, B. \_\_\_\_\_ SA a refusé la prise en charge de l'intervention médicale précitée. g) Par acte du 27 mai 2016 A. \_\_\_\_\_ a, sous la plume de son conseil Me Dominique Hahn, formé opposition à la décision précitée, soutenant que la transplantation de ganglions lymphatiques répondait aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité, et réclamé à B. \_\_\_\_\_ SA le remboursement des frais relatifs à l'intervention chirurgicale du 16 février 2016. h) Par décision sur opposition du 24 février

2017, B. \_\_\_\_\_ SA a confirmé la décision du 25 avril 2016 et refusé de prester pour l'intervention subie en France le 16 février 2018 et pour les examens effectués dès janvier 2016 dans le cadre de cette intervention. La caisse a considéré que les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité n'étaient pas réunis et que l'opération en question était disponible en Suisse depuis le milieu de l'année 2015. B. a) Par acte de recours du 3 avril 2017, A. \_\_\_\_\_ a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, sous suite de dépens, principalement à l'annulation de la décision sur opposition, subsidiairement à sa réforme, et à ce que B. \_\_\_\_\_ SA soit tenue de prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, l'ensemble des prestations effectuées pour les examens réalisés dès janvier 2016 et pour l'intervention subie le 16 février 2016 en France, et lui doive 16'306 fr. 56 avec intérêts à 5 % l'an dès le 21 février 2016. En substance, elle a repris les arguments de son opposition, indiquant avoir été mal renseignée par la caisse qui ne l'aurait informée que le 18 février 2016 du fait que l'opération en question se pratiquait en Suisse alors qu'elle en avait eu connaissance dès le 3 février 2016. Pour l'assurée, l'opération était nécessaire du fait de l'aggravation de son état de santé et le coût de l'opération en France était inférieur à celui pratiqué en Suisse. b) Dans sa réponse du 7 juillet 2017, B. \_\_\_\_\_ SA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition. Elle a soutenu que selon les publications disponibles, la transplantation de ganglions lymphatiques se trouvait entre un stade expérimental et établi, la méthode ne faisant pas référence en ce qui concerne l'indication et les résultats. S'agissant de l'adéquation, la caisse a exposé qu'elle ne disposait pas d'un examen préopératoire ni d'une imagerie ni d'une évaluation entre un traitement chirurgical et conservateur. Au regard du caractère transfrontalier de l'état de fait, la caisse a observé que l'intéressée n'avait pas obtenu d'autorisation, l'intervention en question n'étant pas prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire en Suisse, et qu'il n'existait pas d'urgence particulière. La caisse a finalement observé que l'intervention chirurgicale en question était disponible en Suisse selon un courrier électronique du 3 février 2016 de la Prof. Nicole Lindenblatt, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, attestant de telles opérations dans son service à l'Hôpital universitaire de Zurich et auprès du Prof. Yves Harder, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique à l'Entité hospitalière cantonale de Lugano. B. \_\_\_\_\_ SA a nié n'avoir pas fourni à l'assurée un renseignement exact concernant la pratique de l'opération en question en Suisse. c) Les parties ont maintenu leurs conclusions par réplique du 3 novembre 2017 et duplique du 28 décembre 2017. d) La Cour a tenu une audience d'instruction et de jugement le 15 novembre 2018 au cours de laquelle elle a entendu l'assurée et le Prof. N. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, et en chirurgie de la main, au Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_ (ci-après : le Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_). La Cour a délibéré à huis clos. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. c) Nonobstant

une valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats, conformément aux art. 94 al. 3 LPA-VD et art. 37 al. 1 ROTC (règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007 ; BLV 173.31.1). 2. Le litige porte sur la prise en charge des frais relatifs aux soins dispensés à la recourante à Paris du 18 janvier 2016 au 19 février 2016 par l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. 3. Le lymphœdème affectant la recourante constitue une maladie au sens des art. 25 al. 1 LAMal et 3 al. 1 LPGA. 4. 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 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles, prestations dont la liste figure à l'al. 2 de cette disposition. L'art. 32 al. 1 LAMal précise que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 de cette loi doivent être efficaces, appropriées et économiques. 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). L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques fondées sur la recherche et la pratique médicale et non sur le résultat obtenu dans un cas particulier (ATF 142 V 249 consid. 4.2 ; 131 V 271 consid. 3.1 ; 133 V 115 consid. 3 ; 125 V 95 consid. 4a). 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 139 V 135 consid. 4.4.2 ; 125 V 95 consid. 4a ; TFA K 151/99 du 7 juillet 2000 consid. 2c). Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe dans le cas particulier plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse (ATF 127 V 138 consid. 5 ; 124 V 196 consid. 4 ; TFA K 29/96 du 16 septembre 1997 consid. 3c in RAMA 1998 p. 1). Le critère de l'économicité ne concerne pas seulement le type et l'étendue des mesures diagnostiques ou thérapeutiques à accomplir, mais touche également la forme du traitement, notamment les questions de savoir si une mesure doit être effectuée sous forme ambulatoire ou dans un milieu hospitalier et de quelle institution de soins ou service de celle-ci le cas de la personne assurée relève d'un point de vue médical (ATF 139 V 135 consid. 4.4.3 ; 126 V 334 consid. 2b). L'efficacité, l'adéquation et l'économicité de traitements fournis en Suisse par des médecins sont présumées (cf. art. 33 al. 1 LAMal a contrario ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 283 s. consid. 3). b) Aux termes de l'art. 34 al. 2 première phrase LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017, 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. Une exception au principe de la territorialité au sens des art. 34 al. 2 LAMal et 36 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102) n'est admissible que dans deux éventualités du point de vue de la LAMal. Soit il n'existe aucune possibilité de traitement de la maladie en Suisse ; soit 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 (RAMA 2003 n° KV 253 p. 231 consid. 2). Il s'agira, en règle ordinaire, de traitements qui requièrent une technique hautement spécialisée ou de traitements complexes de maladies rares pour lesquelles, en raison précisément de cette rareté, on ne dispose pas en Suisse d'une expérience diagnostique ou thérapeutique suffisante (Gebhard Eugster, *Krankenversicherung*, in: *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 3 e éd. 2016, n. 549, pp. 576-577). 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 (RAMA 2003 n° KV 253 p. 231 consid. 2). Une interprétation stricte des raisons médicales doit être de mise (Guy Longchamp, *Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale*, thèse, Lausanne 2004, p. 262 ; dans le même sens Eugster, *op. cit.*, n. 551, p. 577). 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, essentiel pour la santé publique (cf. par analogie, s'agissant des impératifs susceptibles d'être invoqués pour justifier une entrave à la libre prestation des services dans l'Union Européenne en matière de soins hospitaliers, arrêts de la Cour de Justice des Communautés Européennes [CJCE] du 13 mai 2003, Müller-Fauré et Van Riet, rec. I p. 4509, n. 72 ss et du 12 juillet 2001, Smits et Peerbooms, rec. I p. 5473, n. 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 131 V 271 consid. 3.1 ; 126 V 332 consid. 1b). c) Aux termes de l'art. 36 al. 2 OAMal, l'assurance obligatoire des soins prend également 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 d'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, cette condition s'examinant sous l'angle de la proportionnalité en tenant compte également d'aspects non médicaux, tel que les coûts du retour en comparaison des coûts du traitement (TF 9C\_1009/2010 du 29 juillet 2011 consid. 2.3 ; 9C\_35/2010 du 28 mai 2010 consid. 3 ; 9C\_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.2 et les références citées ; TFA K 24/04 du 20 avril 2005 consid. 4). 5. Comme l'a

constaté l'autorité intimée dans sa décision du 25 avril 2016, la recourante, ressortissante d'un Etat partie à l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes, ALCP ; RS 0.142.112.681), a exercé son droit de circuler dans un autre Etat membre à l'ALCP. Le litige doit être examiné à la lumière des dispositions de l'ALCP et des règlements auxquels il renvoie dans la mesure où ces dispositions lui seraient plus favorables que celles du droit interne. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012, le Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des régimes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 ; Règlement n° 883/2004) est applicable aux relations entre les parties (art. 2 Règlement n° 883/2004 par renvoi de l'art. 8 et de l'annexe II de l'accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 [RS 0.142.112.681]). L'art. 19 Règlement n° 883/2004 règle le cas de prestations médicales lors d'un séjour hors de l'Etat membre compétent. Dans un tel cas de figure, l'art.

#### **E. 19**

par. 1 Règlement n° 883/2004 prévoit que, sous réserve des exceptions prévues par l'art. 19 par. 2 Règlement n° 883/2004, une personne assurée et les membres de sa famille qui séjournent dans un Etat membre autre que l'Etat membre compétent peuvent bénéficier des prestations en nature qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical au cours du séjour, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour. Ces prestations sont servies pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si les personnes concernées étaient assurées en vertu de cette législation. Quant à l'art. 20 Règlement n° 883/2004, il prévoit l'hypothèse d'un déplacement aux fins de bénéficier de prestations en nature en dehors de l'Etat membre de résidence. L'art. 20 par. 1 Règlement n° 883/2004 pose le principe qu'une personne assurée se rendant dans un autre Etat membre aux fins de bénéficier de prestations en nature pendant son séjour doit demander une autorisation à l'institution compétente. Selon l'art. 20 par. 2 deuxième phrase Règlement n° 883/2004, l'autorisation est accordée lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'Etat membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et que ces soins ne peuvent lui être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie. L'art. 20 par. 2 deuxième phrase renvoie dès lors à l'art. 32 al. 1 LAMal s'agissant des critères de prises en charge (Eugster, op. cit. n. 586, p. 587). Un tel délai est défini compte tenu d'une évaluation médicale objective des besoins cliniques de l'intéressé au vu de son état pathologique, de ses antécédents, de l'évolution probable de sa maladie, du degré de sa douleur et/ou de la nature de son handicap au moment où l'autorisation est sollicitée (arrêt CJCE du 16 mai 2006, Watts, rec. I p. 4376, n. 68). 6. a) Il n'est pas contesté que la recourante s'est volontairement rendue en France afin de subir l'intervention chirurgicale litigieuse, de sorte que le critère de l'urgence au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal n'est pas réalisé en l'espèce. Il convient par conséquent d'examiner la problématique sous l'angle de l'art. 36 al. 1 OAMal. b) L'intimée a refusé de prendre en charge le cas, au motif que l'intervention chirurgicale était disponible en Suisse aux hôpitaux de universitaire de Zurich et de Lugano. c) Il convient de constater que l'intimée n'a pas spontanément indiqué à la recourante que le traitement en question existait en Suisse. Alors qu'elle disposait de cette information dès le 3 février 2016, elle ne l'a transmise à la recourante que le 18 février 2016, soit deux jours

après l'intervention chirurgicale. Dans ce contexte, on ne saurait guère reprocher à la recourante, malgré sa formation professionnelle, de ne pas avoir eu connaissance d'une telle information. En effet, elle a indiqué avoir assisté au 25 e Congrès mondial de lymphologie à San Francisco en 2015 sans y avoir rencontré de spécialiste suisse. Dans la littérature, aucune des publications versées au dossier avant l'opération n'émane de spécialistes exerçant en Suisse. Quant aux Prof. N. \_\_\_\_\_, pourtant chef du Service de chirurgie plastique et de la main du Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_, il a exposé en audience que, à l'automne 2015, les techniques utilisées par la Prof. Lindenblatt n'étaient pas connues en Suisse romande, y compris de son propre service. Il a expliqué que de tels sujets étaient en règle générale abordés lors de congrès ou dans le cadre de réunion d'échange. Il a par ailleurs indiqué que la plupart des patients opérés pour la même problématique qui avaient consulté son service s'étaient rendus à Paris auprès de la Prof. Becker. Aussi faut-il retenir que l'intervention litigieuse, quand bien même elle était, il est vrai, disponible en Suisse, demeurait au moment des faits largement méconnue, même auprès d'un public d'initiés, et encore peu pratiquée. Dans ces conditions, il n'était pas possible d'opposer à la recourante l'argument de la disponibilité de cette thérapie. d) Au surplus, le Prof. N. \_\_\_\_\_ a précisé qu'à partir du moment où l'indication opératoire était posée, il fallait compter avec un délai de six semaines à trois mois jusqu'à l'intervention, ce qui aurait repoussé la prise en charge au mieux au mois d'avril 2016, au pire au mois de mai 2016. Retarder davantage l'intervention chirurgicale n'apparaissait guère raisonnable en présence d'infections récidivantes de type érysipèle, lesquelles pouvaient entraîner, en cas de complication, une extension de la maladie sous forme de gangrènes gazeuses ou fasciites (cf. Daniel Genné, Camille-Laure Blum, Sébastien Menzinger, Erysipèle : manifestations cliniques et prise en charge, Rev Med Suisse 2013; volume 9. 1812-1815). En raison de ce délai d'attente, la recourante courrait des risques importants et notablement plus élevés à attendre une intervention aux hôpitaux de universitaire de Zurich ou de Lugano, plutôt que de bénéficier de l'intervention planifiée à Paris. e) En résumé, que le litige soit résolu à l'aune de l'art. 36 al. 1 OAMal ou du règlement n° 833/2004, il convient d'admettre que l'exception au principe de la territorialité est donnée. 7. Dès lors qu'une exception de territorialité est réalisée, il convient d'examiner si le traitement en question répond aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. a) En ce qui concerne le critère de l'efficacité, il convient de se référer aux réponses données le 3 février 2016 par la Prof. Lindenblatt aux questions posées par le Dr E. \_\_\_\_\_ : - La méthode doit-elle (encore) être considérée comme expérimentale ou s'agit-il d'un traitement établi ? La méthode a été utilisée par différents médecins (ex. Corinne Becker, Paris) depuis déjà 15 à 20 ans et ce, avec de bons résultats. Depuis environ 5 à 7 ans, elle a fortement gagné en importance dans la chirurgie plastique dans le monde entier. Je considérerais qu'il ne s'agit ni d'un traitement établi ni d'un traitement expérimental. Il existe actuellement environ 8 études d'envergure portant sur environ 1600 patients (v. Review), qui montrent un effet positif. - Quels sont les résultats à long terme (résultats, période observée, sources des études correspondantes) ? J'ai joint la review la plus récente. Dans de très nombreux cas, on constate une amélioration clinique, avec moins d'infections, de lymphangites et une diminution de la circonférence du membre. Cependant, selon la gravité du lymphœdème, la plupart des patients ont encore besoin d'un traitement de compression par la suite, quoique dans une moindre mesure. - Y a-t-il certaines conditions que les patients doivent remplir pour que cette procédure soit indiquée/adéquate ? Les indications sont en deux mots un lymphœdème résistant au traitement conservateur, bien qu'elles soient maintenant aussi plus largement définies. Le

traitement conservateur doit être épuisé avant d'envisager une intervention chirurgicale à notre service. Cependant, nous décidons de chaque cas individuellement. - Où cette opération est-elle pratiquée en Suisse ? Dans notre département à l'Hôpital universitaire de Zurich et à Lugano. En raison du faible nombre de cas en Suisse, nous avons établi une coopération avec le Professeur Harder/Lugano, ainsi qu'un forum du lymphœdème à l'Hôpital universitaire de Zurich en coopération avec le service d'angiologie. - Remarques ? Les méthodes de chirurgie lymphatique (transplantation de ganglions lymphatiques, anastomose lymphatico-veineuse, dermolipectomie) sont complexes et nécessitent un suivi et un prétraitement spécifiques. C'est le seul moyen d'y parvenir. Par conséquent, ces interventions complexes ne devraient être effectuées que par des chirurgiens/microchirurgiens plasticiens spécialement formés et dans des centres spécialisés. Définir ce qui est expérimental ou établi est une question de droit qui doit être résolue à la lumière des méthodes scientifiques (ATF 142 V 368 consid. 3.1 ; cf. art. 32 al. 1 LAMal) tandis que la question de savoir s'il existe un bénéfice thérapeutique est une question factuelle (ATF 136 V 395 consid. 6.3). Selon l'état actuel de la technique chirurgicale, trois interventions permettent le retour du liquide lymphatique afin de réduire ou d'éliminer un lymphœdème : la transplantation de ganglions lymphatiques, l'anastomose lymphatico-veineuse ou lymphatico-lymphatique et la lipoaspiration ou dermolipectomie (Ran Ito/Hiroo Suami, Overview of lymph node transfer for lymphedema treatment, Plastic and Reconstructive Surgery, 2014, 134, p. 548). Il ressort des publications médicales au dossier que la transplantation de ganglions lymphatiques pour le traitement du lymphœdème est pratiquée par divers centres médicaux à travers le monde depuis environ trente ans (Ran Ito/Hiroo Suami, op. cit. pp. 549-550). On ne peut donc plus parler d'une méthode expérimentale. Bien au contraire, il y a de nombreux articles dans la littérature qui montrent son efficacité (cf. notamment Ran Ito/Hiroo Suami, op. cit., p. 550 ; Marten N. Basta/Lin Lin Gao/Liza Wu, Operative Treatment of Peripheral Lymphedema A Systematic Meta-Analysis of the Efficacy and Safety of Lymphovenous Microsurgery and Tissue Transplant, Plastic and Reconstructive Surgery, 2014, 133, pp. 905-913). Même si un article de 2016 affirme que des études complémentaires, standardisées sont encore nécessaires pour déterminer la vraie valeur de la méthode (Cemile Nurdan Ozturk/Can Ozturk/Mark Glasgow/Mary E. Platek, Free vascularized lymph node transfer for treatment of lymphedema: A systematic evidence based review, Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery, 2016, 69/9), il ne s'agit pas d'une remise en question de celle-ci (Ramon Garza III/Roman Skoracki/Karen Hock/ Stephen P. Povoski, A comprehensive overview on the surgical management of secondary lymphedema of the upper and lower extremities related to prior oncologic therapies, BMC Cancer, 2017, 17: 468 ; Theodore A Kung/Manish C. Champaneria/Jeffrey Harold Maki/Peter C. Neligan, Current Concepts in the Surgical Management of Lymphedema, Plastic and Reconstructive Surgery, 2017, 139, pp. 1003-1013). Entendu en audience, le Prof. N. \_\_\_\_\_ a déclaré avoir connaissance depuis dix ans de publications régulières qui montrent l'efficacité de la transplantation de ganglions lymphatiques, laquelle semble apparaître aujourd'hui comme la méthode donnant les meilleurs résultats. Initialement prudent sur cette méthode, il a pu observer des patients qui se sont fait opérer, principalement par la Prof. Becker à Paris, et qui ont connu une nette amélioration de leur état de santé. La Prof. Becker, qui a opéré la recourante à Paris, est d'ailleurs l'auteure de nombreuses publications sur le sujet qui démontre l'efficacité de la méthode sur un large panel de patients (cf. notamment Corinne Becker/Julie V. Vasile/Joshua L. Levine/Bernardo N. Batista/Rebecca M. Studinger/Constance M.

Chen/Marc Riquet (2012) Microlymphatic surgery for the treatment of iatrogenic lymphedema. *Clin Plast Surg.* 2012 Oct;39/4:385-98 ; Corinne Becker/Jalal Assouad/Marc Riquet/Geneviève Hidden, Postmastectomy lymphedema: long-term results following microsurgical lymph node transplantation, *Ann Surg.* 2006 Mar;243/3:313-5). L'ensemble des études montre que l'intervention est désormais solidement établie et qu'elle produit de bons résultats, si bien que l'on ne pouvait plus parler de méthode expérimentale au moment des faits. Le critère d'efficacité était ainsi réalisé au moment de la demande de prise en charge. b) En ce qui concerne le critère de l'adéquation, il ressort des publications médicales au dossier (cf. notamment Corinne Becker/Julie V. Vasile/Joshua L. Levine/Bernardo N. Batista/Rebecca M. Studinger/Constance M. Chen/Marc Riquet, op. cit., p. 387), que l'indication chirurgicale doit faire suite à l'échec du traitement conservateur par drainage lymphatique, bandages ou médicaments. En l'occurrence, la recourante a suivi un traitement conservateur (contention, drainage lymphatique) sur plusieurs années et présenté deux épisodes d'érysipèle, épuisant ainsi le recours aux mesures non invasives. L'intervention chirurgicale est dès lors apparue comme la solution adéquate compte tenu des circonstances. Le critère de l'adéquation était ainsi également réalisé au moment de la demande de prise en charge selon l'avis de la Prof. Becker (cf. rapport du 25 février 2016), mais aussi a posteriori selon l'avis du Prof. N. \_\_\_\_\_ (cf. procès-verbal d'audition du 15 novembre 2018). c) S'agissant pour finir du critère de l'économicité, la comparaison entre l'option consistant à poursuivre – à demeure – un traitement conservateur sous forme de contention et de drainage lymphatique (avec les risques d'infection qui en découlent) et l'option consistant à traiter définitivement le lymphœdème par le biais d'une intervention chirurgicale permet d'aboutir à la conclusion que la seconde option constitue – sur le long terme – une solution sensiblement meilleure marché. Le critère de l'économicité était ainsi également réalisé au moment de la demande de prise en charge. d) En définitive, force est de constater que la transplantation de ganglions lymphatiques effectuée à l'Hôpital C. \_\_\_\_\_ de Paris par la Prof. Becker remplit les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité, de sorte que l'intimée doit couvrir l'ensemble des prestations effectuées en lien avec cette intervention au titre de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. 8. S'agissant des montants à mettre à la charge de l'intimée, la Cour ignore les sommes déjà remboursées au cours de l'année 2016 ainsi que l'état de la participation aux coûts de la recourante, de sorte qu'il appartiendra à l'intimée, la mieux à même pour ce faire, de fixer la quotité de la prise en charge selon la LAMal. 9. Dès lors que le recours est admis pour les motifs qui précèdent (cf. consid. 6 et 7 supra), la question du respect par l'intimée de son obligation de renseigner (art. 27 LPGA) peut être laissée ouverte. 10. a) En définitive, le recours se révèle bien fondé, de sorte qu'il convient de réformer la décision sur opposition du 27 février 2017, en ce sens que l'intimée doit prendre en charge les frais relatifs aux traitements dispensés à la recourante à l'Hôpital C. \_\_\_\_\_ de Paris du 18 janvier au 19 février 2016, la cause étant renvoyée pour le surplus à la caisse pour fixer la quotité de la prise en charge. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

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