

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juillet 2011

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Neu et Mme Di Ferro Demierre
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

Q._____, à Savigny, recourant,

et

E._____, à Carouge, intimée.

Art. 34 al. 2 LAMal; 36 al. 1 et 2 OAMal; 28 al. 2 LPGA

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1935, est affilié auprès d'E. _____ (ci-après: la caisse), membre du Groupe [...], s'agissant de l'assurance obligatoire de soins. A teneur du certificat d'assurance établi par la caisse le 29 septembre 2007, la franchise annuelle s'élevait à 300 fr. en 2008.

Le 19 juin 2000, l'assuré s'est rendu au Centre d'urologie de Berne où le diagnostic d'obstruction infravésicale massive a été posé. Une première intervention chirurgicale urétroplastique a été pratiquée le 14 avril 2001 par le Prof. X. _____, médecin belge, à la Clinique [...] à [...]. L'assuré y est resté hospitalisé jusqu'au 27 avril 2001.

Une nouvelle hospitalisation a eu lieu à la Clinique [...] du 2 au 5 février 2004, au cours de laquelle il a été procédé à une plastie du méat urinaire ainsi qu'à une endoscopie. La caisse a pris en charge le séjour hospitalier de l'assuré en division commune.

L'assuré a subi une nouvelle intervention chirurgicale réalisée le 30 mars 2004 à la Clinique [...], et dirigée par le Prof. K. _____, médecin serbe, spécialiste en urologie. L'intervention a consisté en une reconstruction complète de l'urètre au moyen de muqueuse prélevée dans la bouche. Par courrier du 7 juillet 2004, la caisse a garanti l'hospitalisation en chambre commune, du 29 mars au 5 avril 2004. En revanche, elle a estimé que les frais des médecins spécialement mandatés de Belgrade ne constituaient pas une prestation à sa charge, au motif qu'elle n'avait jamais accepté la prise en charge desdits frais.

Le 6 juillet 2005, le Prof. K. _____ a procédé à l'implantation d'un stent urétral au Belgrade City Hospital, à Belgrade. Le matériel (MEMOKATH 044/24/44-30MM-T) avait été précédemment commandé au Danemark et devait être livré au département d'urologie de la Clinique [...]. Selon le décompte de [...] établi le 6 juillet 2005 et signé par la

Dresse L._____ - également épouse de l'assuré -, le coût du traitement s'élevait à 1'450 euros.

Le 4 janvier 2006, l'assuré s'est soumis à un examen radiologique pratiqué à la Clinique [...] par le Dr O._____, spécialiste FMH en urologie. L'examen a révélé la nécessité de procéder à une nouvelle intervention chirurgicale, laquelle a été réalisée à Belgrade, le 12 janvier 2006, et a consisté en l'implantation d'un cathéter urétral. A la suite de cette intervention, l'assuré a été victime d'un infarctus cérébral puis, le 14 janvier 2006, d'une arythmie cardiaque aigue.

Le 20 février 2006, un deuxième stent urétral a été implanté à l'assuré au Belgrade City Hospital. Un décompte de [...] du même jour, signé par la Dresse L._____, chiffrait le coût du traitement à 2'050 euros.

Dans une lettre du 16 novembre 2006, l'assuré a expliqué à la caisse les différentes interventions chirurgicales subies à Belgrade, précisant que le Dr O._____ avait donné son accord pour toutes les démarches entreprises. Il a joint à son courrier différents documents relatifs aux interventions des 6 juillet 2005 et 20 février 2006, ainsi qu'un décompte - établi personnellement - pour un montant équivalant à 6'969 euros.

Par courrier du 12 décembre 2006, la caisse a refusé la prise en charge des prestations à l'étranger, au motif suivant:

"[...] selon l'article 36, alinéa 2 de l'OAMal (Ordonnance sur l'Assurance-Maladie), l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des traitements effectués à l'étranger uniquement en cas d'urgence. Il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre un traitement."

L'assuré a transmis à la caisse l'explication suivante concernant les interventions subies à Berne et à Belgrade, depuis 2001:

"1. L'intervention urologique plastique a été fixée pour [le] 14 avril 2001. Avec votre accord préalable, l'équipe de médecins de cette clinique a dû engager le professeur Dr. X._____ de Gant qui a

réalisé cette intervention en récompense de son honoraire de 15.000 FRS dont vous avez payez 10.000 FRS et moi-même 5000 FRS.

2. Le résultat de l'opération a donné une certaine amélioration mais qui a commencé à se réduire déjà au cours de 2003 en annonçant le besoin de la nouvelle intervention. Le traitement entier est suivi par docteur O._____.

On a procédé donc aux préparations en vue de la nouvelle intervention et à la recherche d'un spécialiste européen en chirurgie urétroplastique et on a décidé d'engager le Professeur Dr K._____ et son assistant de Beograd.

Cette fois encore vous avez donné votre accord bien que le montant payé à ces médecins qui sont venus à Berne a été minimal - de 3400 FRS selon le tarif suisse interne, leur frais de déplacement et de séjour de 3500 FRS sont payés par moi-même. L'intervention a été réalisé[e] le 31 mars 2004

3. Toutes les indications de cette intervention chirurgicale allaient à la faveur d'une autre intervention complémentaire par la pose du stent. Ce stent ne se confectionne qu'au Danemark. Donc, nous l'avons commandé, payé selon la documentation que vous en avez et [le] stent est venu aux mains de Dr O._____ à Berne. A la fin du juin 2005 survient une aggravation, voire la réduction du canal; le stent est envoyé en urgence à Beograd où j'étais et le 06 juillet 2005 Professeur K._____ a posé le stent. Après cette intervention, le contrôle a été effectué chez docteur O._____.

4. Par malheur, cette dernière intervention a montré les faiblesses pour se compliquer début janvier 2006, à savoir, le 12 janvier 2006 sous forme de rétention urinaire quand le Professeur K._____ a posé le cathéter urologique, en attente de fourniture d'un stent plus long qui devrait remplacer le stent premièrement déposé.

5. Cette nuit du 12 janvier 2006 en insult cerebrale survient. Intervient l'équipe d'aide urgente à 23 heures et à titre d'un "cas grave de dysfonction du cerveau" je suis reçu à l'Hôpital spécialisé de Belgrade [...]. Après l'intervention des médecins, mon état s'améliore et j'insiste à aller chez moi. Pourtant, le matin le 14 janvier 2006, je suis atteint par l'arythmie cardiaque absolue et suis placé au Centre d'aide urgente, puis au Département spécialisé en l'arythmie cardiaque de la Clinique interne B, chez Dr W._____. Après le retour à la normale du rythme cardiaque le 15 janvier 2006, je pas à ma demande personnelle chez moi. Quelques jours après, on a effectué l'échographie cardiaque du cœur.

6. Soins ambulatoires permanentes à la maison en attente de l'arrivée du stent commandé [que] le Professeur K._____ peut enfin me poser le 20 février 2006 [...]"

Au terme de son courrier, il a relevé que les factures concernant les "interventions urgentes survenues du 12 au 15 janvier 2006" étaient également à la charge de la caisse. Il l'a en outre invitée à requérir l'avis du Dr O._____.

Le 30 mars 2007, la caisse a informé l'assuré que des renseignements complémentaires avaient été demandés afin de définir

l'étendue de ses prestations, et le pria ainsi de bien vouloir patienter. Le 11 juin suivant, elle l'a invité à apporter des précisions quant au soins prodigués à l'étranger, en lui transmettant un certain nombre de documents (questionnaires pour les traitements à l'étranger à remplir et signer, faisant un récapitulatif des soins donnés par séjour à l'étranger; rapports médicaux avec une traduction officielle pour chaque intervention, mentionnant qu'il y avait urgence et qu'un retour en Suisse était impossible; copie des preuves de paiements pour chaque facture; copie des billets de transport; attestation de domicile).

Le 4 janvier 2008, la caisse a reçu le formulaire "Renseignements complémentaires concernant des traitements à l'étranger" sur lequel figuraient les interventions subies à Belgrade en 2005 et 2006. L'assuré avait également envoyé différents documents traduits, soit le bulletin de sortie de l'Hôpital spécial de prévention et de traitement des maladies cérébrovasculaires de Belgrade faisant suite à l'infarctus cérébral du 12 janvier 2006, le compte rendu du Dr Z. _____ concernant l'arythmie cardiaque aiguë du 14 janvier 2006, le bulletin de sortie du Centre clinique de Serbie pour l'hospitalisation du 14 au 15 janvier 2006 ainsi qu'une facture, d'un montant de 25'795,64 euros, pour l'hospitalisation du 26 au 30 octobre 2007. Il a joint à son envoi le rapport du Dr O. _____ du 12 septembre 2007 faisant état d'une évolution satisfaisante de sa situation médicale.

Dans l'intervalle, soit du 26 au 30 octobre 2007, l'assuré a été hospitalisé à la Clinique de cardiologie de [...] de Belgrade pour une maladie coronaire occlusive et une attaque ischémique transitoire.

Par courrier recommandé daté du 21 janvier 2008, la caisse a requis de l'assuré qu'il remplisse un formulaire avec tableau récapitulatif des soins reçus pour chaque année, soit 2005, 2006 et 2007, et qu'il lui fasse parvenir les documents demandés dans son courrier du 11 juin 2007.

A la suite d'une sténose urétrale grave, une nouvelle intervention chirurgicale a été pratiquée par le Prof. K. _____ à l'Hôpital général [...] de Belgrade, le 13 mai 2008; il s'agissait de la première phase de reconstruction ouverte avec un transplant de muqueuse buccale. La facture y relative, d'un montant de 4'200 euros, est parvenue à la caisse le 27 juin 2008. Cette dernière a alors requis de l'assuré, par courrier du 7 juillet 2008, qu'il remplisse le formulaire *ad hoc* pour les frais à l'étranger.

La seconde opération de reconstruction a été effectuée au [...] le 4 septembre 2008. Une nouvelle facture, d'un montant total de 2'660 euros, a été transmise à la caisse le 12 janvier 2009.

Le 13 octobre 2008, la caisse a reçu le formulaire "Traitements à l'étranger - Renseignements complémentaires" pour les deux interventions effectuées en 2008. L'assuré y mentionnait s'être rendu en Serbie pour y recevoir un traitement médical.

Dans un courrier du 17 février 2009 à la caisse, l'assuré a relaté l'ensemble des traitements pour la période allant du mois de juin 2000 au mois de janvier 2009. Un résumé de l'évolution de la maladie, couvrant la même période, a été établi par le Dr O. _____ et transmis à la caisse le 18 mai 2009.

La caisse a demandé à l'assuré qu'il remplît le "Questionnaire concernant les frais de guérison durant un séjour à l'étranger". L'intéressé y a indiqué, le 3 septembre 2009, avoir séjourné plusieurs fois en Serbie pour y suivre un traitement médical. Au terme du questionnaire, il mentionnait les traitements reçus et les factures y relatives entre 2005 et 2008.

Dans un avis médical du 14 septembre 2009, le Dr B. _____, spécialiste FMH en médecine interne, chef du service médical d'E. _____, s'est prononcé comme suit sur le dossier de l'assuré:

"Après examen du dossier, l'ensemble des traitements sont et étaient accessibles en Suisse, y compris la pose de stents de dilatation.

Plus particulièrement, la reconstruction de l'urètre pénien était parfaitement possible en Suisse au moment de sa réalisation.

A l'appui de mon avis, je citerai un article du N° 676 de la Revue Médicale Suisse paru le 23.11.2000 dont l'auteur décrit parfaitement cette technique. Chez 61% des patients traités par cette équipe médicale, on a utilisé la muqueuse buccale comme greffon (p. 5).

La revue citée a un rayonnement régional; elle donne la possibilité aux équipes universitaires suisses, le plus souvent romandes d'exposer leurs expériences thérapeutiques ou de faire le point sur un problème. Elle est avant tout destinée à la formation des praticiens de 1^{er} recours.

Cet article atteste, sans doute possible, que la technique de reconstruction utilisée chez M. Q. _____ était pratiquée par l'équipe d'urologie des HUG à Genève en 2000 déjà."

B. Par décision du 18 septembre 2009, la caisse a refusé la prise en charge des frais relatifs au traitement médical effectué à l'étranger de 2005 à 2008, aux motifs suivants:

"Globalement, tous les frais de traitement à l'étranger pour lesquels vous avez demandé la prise en charge d'E. _____ doivent être refusés, en application de l'article 36 OAMal, puisqu'il s'agit de traitement entrepris volontairement à l'étranger, alors même qu'un suivi thérapeutique similaire était disponible en Suisse. Vous avez d'ailleurs vous-même confirmé à plusieurs reprises que vos séjours en Serbie, pour les périodes durant lesquels des frais de traitement étaient engagés, avaient spécifiquement pour but le suivi thérapeutique par des médecins locaux.

Pour tenir compte de toute chose, on pourrait cependant admettre l'intervention d'E. _____ pour deux situations qui sortent de ce cadre, à savoir:

a) les complications survenues en suite immédiate de votre séjour à l'Hôpital de Belgrade dès le 12 janvier 2006 -> c'est-à-dire "insult cerebral et arythmie cardiaque aiguës" ensuite de l'implantation d'un cathéter (stent).

b) Séjour à l'hôpital de Belgrade, du 26 au 30 octobre 2007, pour "troubles cardiaques".

Toutefois, la concrétisation d'une prise en charge ne peut aboutir, faute des éléments suivants:

a) Pour les soins prodigués (a priori) du 12 au 14 janvier 2006, nous ne disposons pas de factures détaillées (accompagnées des preuves de paiement indispensables) permettant de distinguer clairement

quels sont les coûts liés directement à ces complications aiguës, par antagonisme avec les frais liés au suivi de l'affection urologique, ces derniers tombant sous le coup du refus, comme vu plus haut.

Pour les soins prodigués en octobre 2007, nous disposerions certes d'une facture plus complète et détaillée; en revanche, ce qui fait défaut, c'est les informations indispensables liées au contexte de votre séjour à l'étranger. En effet, bien que nous ayons demandé à trois reprises (la 1^{ère} fois en janvier 2008, puis récemment en date des 18 et 28 août 2009) de répondre au questionnaire ad hoc et précisément pour ces soins en 2007, vous n'avez pas à ce jour fourni les indications nécessaires et utilisables en rapport avec ces frais.

Compte tenu de ce qui précède et en l'état de la documentation à disposition, nous sommes contraints de refuser toute prise en charge pour les frais engagés à l'étranger de 2005 à 2008, pour les motifs invoqués ci-avant."

L'assuré s'est opposé à cette décision par écriture du 2 novembre 2009, concluant à son droit au remboursement de tous les frais de traitement ainsi que les autres frais en dépendant. Il reprochait à la caisse de confondre la pathologie mentionnée dans la Revue médicale suisse avec sa pathologie, "très restreinte et rarement présente, d'origines différentes et par conséquent de traitements différents". Il faisait en outre valoir que le médecin-conseil ne s'était pas prononcé sur le compte rendu du Dr O. _____ du 18 mai 2009. Il contestait la description effectuée par la caisse de son suivi médical en Serbie, à savoir des prodigalités volontaires et des promenades à l'étranger, arguant qu'il s'agissait de suivre un traitement auprès d'un même médecin, nonobstant son lieu de travail, et précisant que les médecins de la Clinique [...] n'avaient pas voulu intervenir par la suite dans le travail du Dr K. _____. Finalement, il relevait avoir envoyé en novembre 2006 déjà toute la documentation relative à la thérapie entreprise à l'étranger et indiquait que si dite documentation était peut-être incomplète "au niveau des chiffres", elle l'était nullement pour le descriptif de la maladie et des traitements. En conclusion, il requérait la mise en œuvre d'une expertise par un urologue suisse neutre, spécialiste en chirurgie reconstructive urétrale, tendant à contrôler la documentation médicale pour les neuf années de traitement.

Par décision sur opposition du 4 mars 2010, la caisse a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 18 septembre 2009. Se référant à l'avis médical rendu le 14 septembre 2009 par son médecin-conseil, elle a

considéré qu'un suivi thérapeutique similaire était parfaitement disponible en Suisse à la même période et qu'il s'agissait ainsi de traitements entrepris volontairement à l'étranger, dont les frais ne pouvaient être pris en charge par la caisse. Elle a rappelé le contenu de sa décision concernant les complications survenues dès le 12 janvier 2006 ainsi que l'hospitalisation du 26 au 30 octobre 2007. Elle a en outre retenu que si l'assuré avait demandé l'avis de la caisse avant d'aller effectuer des traitements à l'étranger, celle-ci aurait pu l'avertir que les traitements n'étaient pas pris en charge par l'assurance obligatoire de soins lorsque ceux-ci sont réalisables en Suisse et l'orienter vers des spécialistes suisses. Elle a finalement rejeté la demande d'expertise, le cas ayant été analysé par le chef du Service médical, lequel avait clairement établi, preuve à l'appui, que les traitements effectués à Belgrade étaient disponibles en Suisse.

C. Q. _____ a formé recours contre cette décision sur opposition par acte du 19 avril 2010, concluant à son annulation, respectivement à sa réforme en ce sens que la caisse intimée prenne en charge tous les frais de traitements médicaux, et à la mise en œuvre d'une expertise tendant à prouver la nécessité des soins prodigués à l'étranger. En substance, il reproche à l'intimée de ne reconnaître ni l'urgence ni la nécessité du traitement prodigué par le Dr K. _____, dont la première intervention a eu lieu en mars 2004 à la Clinique [...] et a orienté vers l'étranger la suite du traitement. A cet égard, il conteste l'appréciation de l'intimée selon laquelle "il n'y avait pas d'urgence" dans toutes les étapes du traitement à l'étranger, arguant que les interventions chirurgicales étaient toujours entreprises par nécessité impérieuse, voire urgence. Il relève que la décision est fondée sur une totale incompréhension du problème par la caisse. Il fait en outre valoir que l'intimée se réfère, en mars 2010, à un article rédigé en 2000, arguant ainsi que le chef du service médical de la caisse n'avait pas été à même de trouver d'autres hôpitaux ou médecins en Suisse. Il soutient à cet égard que cet article ne prouve pas que les traitements appropriés sont couramment pratiqués en Suisse et, si tel était le cas, les médecins de la Clinique [...] n'auraient pas invité des médecins étrangers à intervenir dans le traitement. Il précise par ailleurs

qu'il s'agit d'un cas particulier de suivi et de finalisation du traitement par de meilleurs spécialistes, lesquels ont débuté le traitement à Berne pour le poursuivre à Belgrade, au motif que la thérapie en Suisse aurait pu entraîner des risques importants pour le patient en raison d'une maladie rare. Il reproche finalement à l'intimée de ne pas l'avoir informé en 2006 déjà de la non prise en charge du traitement à l'étranger, relevant au demeurant n'avoir jamais pris l'initiative de mandater des urologues étrangers.

Dans sa réponse du 16 août 2010, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée, le recourant étant débouté de toute autre ou contraire conclusion. Elle réitère les motifs déjà exposés dans la décision sur opposition. Concernant l'expertise requise, elle se réfère à la circulaire du 8 avril 2008 de l'Office fédéral de la santé publique, selon laquelle "si le médecin-conseil parvient à la conclusion que le traitement prévu à l'étranger n'entre pas dans le cadre des prestations obligatoires au sens de l'art. 36 al. 1 OAMal, l'assureur-maladie refusera d'en prendre les coûts à sa charge".

Par écriture du 27 septembre 2010, le recourant maintient ses conclusions. Il reproche à l'intimée de ne pas poser le diagnostic précis de sa maladie, qui est la pierre angulaire des traitements ultérieurs, et d'ignorer les quatre premières années de traitement à Berne, de manière à pouvoir contester toutes les démarches ultérieures du suivi du traitement. Il relève par ailleurs que l'intimée n'a jamais cité les hôpitaux ou cliniques réalisant les interventions chirurgicales en question, ni les médecins qui les effectuaient. Il soutient que l'on ne peut accepter comme seules preuves l'article de la Revue médicale suisse de 2000 et l'avis du Dr B._____. Il argue finalement avoir agi conformément à la loi, de sorte qu'il satisfait aux conditions requises pour voir reconnaître son droit au remboursement des frais de traitement. Il joint à son écriture différents articles tendant à démontrer que le Dr K._____ est reconnu au niveau international comme spécialiste dans le domaine urologique.

Dans sa duplique du 3 novembre 2010, l'intimée relève qu'il importe peu qu'une clinique à l'étranger dispose d'une plus grande expérience ou qu'un médecin étranger soit reconnu comme grand spécialiste dans le domaine considéré, dans la mesure où le traitement en Suisse ne comporte pas pour le patient de risques importants ou notablement plus élevés qu'à l'étranger. Insistant sur le fait que le seul point litigieux est de savoir si la mesure thérapeutique était disponible en Suisse, elle indique s'être référée à l'appréciation claire et étayée de son médecin-conseil, laquelle remplit toutes les exigences jurisprudentielles pour avoir pleine valeur probante. Elle mentionne finalement que le recourant conteste cet avis sans toutefois fournir d'élément concret sur le plan médical susceptible de le remettre en cause. Elle confirme ainsi ses conclusions.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le respect du délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes (art. 38 al. 4 let. a LPGA), le recours a été déposé en temps utile; il est en outre recevable en la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. Est litigieuse en l'espèce la prise en charge par l'intimée, au titre de l'assurance obligatoire des soins, des traitements médicaux dont le recourant a bénéficié à Belgrade de 2005 à 2008.

3. a) Selon l'art. 25 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10), 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 les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, au domicile du patient en milieu hospitalier ou dans un

établissement médico-social par des médecins (al. 2 let. a ch. 1), les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin (al. 2 let. b), ainsi que le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (al. 2 let. e).

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"; selon l'al. 2 de cette disposition, 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 en outre 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).

b) Selon la jurisprudence, 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 de traitements complexes de maladies rares pour

lesquelles, en raison précisément de cette rareté, on ne dispose pas en Suisse d'une expérience diagnostique ou thérapeutique suffisante. En revanche, quand des traitements appropriés sont couramment pratiqués en Suisse et qu'ils correspondent à des protocoles largement reconnus, l'assuré n'a pas droit à la prise en charge d'un traitement à l'étranger en vertu de l'art. 34 al. 2 LAMal (ATF 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).

c) Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. Les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures (art. 45 LPGA).

Le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs; il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies (art. 57 al. 4 LAMal). Il évalue les cas en toute indépendance; ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner de directives (art. 57 al. 5 LAMal).

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1; 126 V 353 consid. 5b et les références; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 et les références). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1;

126 V 319 consid. 5a). S'il n'est pas possible d'établir un état de fait vraisemblablement conforme à la réalité, il est statué en défaveur de la partie qui entendait déduire un droit d'un état de fait demeuré sans preuve (ATF 115 V 133 consid. 8a).

4. En l'espèce, l'intimée, se référant à l'avis de son médecin-conseil, soutient que les traitements médicaux reçus à Belgrade, dont le recourant requiert la prise en charge, était accessible en Suisse. Elle relève en outre que les complications survenues à la suite de son séjour à l'hôpital de Belgrade dès le 12 janvier 2006 (infarctus cérébral et arythmie cardiaque aiguë) ainsi que l'hospitalisation du 26 au 30 octobre 2007 (troubles cardiaques) ne peuvent être prises en charge faute de renseignements suffisants. Le recourant, invoquant notamment la particularité de sa pathologie, reproche à l'intimée de ne reconnaître ni l'urgence ni la nécessité du traitement prodigué à l'étranger, au demeurant décidé par des médecins pratiquant en Suisse.

a) Il résulte de l'avis médical établi le 14 septembre 2009 par le Dr B._____, médecin-conseil de la caisse, que les interventions chirurgicales pratiquées à Belgrade pouvaient être effectuées en Suisse. Le Dr B._____ se fonde sur un article paru le 23 novembre 2000 dans la Revue médicale suisse, intitulé: "L'urétroplastie par greffon dorsal: une nouvelle technique pour le traitement de la sténose étendue de l'urètre masculin proximal", qui expose brièvement cette technique et présente les résultats des opérations réalisées sur vingt-trois patients ainsi que leur suivi pendant plusieurs mois. Cet article atteste que la technique de reconstruction de l'urètre pénien utilisée chez le recourant était pratiquée par l'équipe d'urologie des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG), depuis 2000 déjà.

Il appert ainsi que des spécialistes suisses disposaient d'une expérience thérapeutique suffisante pour procéder à l'implantation d'un stent urétral et d'un cathéter urétral, ainsi qu'à la reconstruction ouverte avec un transplant de muqueuse buccale. Il en résulte que des médecins suisses, en tous les cas les médecins des HUG, pouvaient pratiquer les

interventions chirurgicales qui ont eu lieu à Belgrade les 6 juillet 2005, 12 janvier 2006, 20 février 2006, 13 mai 2008 et 4 septembre 2008. Il n'y a dès lors aucune raison de considérer que les soins nécessités par l'affection de l'assuré ne pouvaient être fournis dans un hôpital suisse.

b) Le recourant critique l'intimée dans la mesure où elle s'est fondée sur le simple avis du Dr B._____, respectivement sur l'article rédigé en 2000, et argue que si les traitements appropriés avaient été couramment pratiqués en Suisse, les médecins de la Clinique [...], qui le suivaient depuis dix ans, n'auraient pas sollicité l'intervention de médecins étrangers.

Il sied de relever que le recourant n'émet, dans ses écritures des 19 avril et 27 septembre 2010 adressées céans, aucun élément probant tendant à mettre en doute le bien-fondé de l'avis du médecin-conseil. Le grief selon lequel aucun diagnostic précis n'a été mentionné par l'intimée est mal fondé. En effet, on ne demandait pas au médecin-conseil de détailler l'atteinte à la santé de l'assuré mais bien plus de se déterminer sur la possibilité de procéder à la reconstruction de l'urètre pénien en Suisse. L'affirmation du Dr B._____, aux termes de laquelle les spécialistes en urologie des HUG savent pratiquer l'urétroplasie avec greffon dorsal, au demeurant avec succès, répond sans ambiguïté à la question.

Par ailleurs, s'il est possible que la Clinique [...] ne soit pas à même de fournir ce traitement, on ne saurait en conclure qu'aucun autre établissement en Suisse ne soit en mesure de le faire. De même, le fait que le Prof. K._____ soit reconnu au niveau international comme un spécialiste dans le domaine urologique ne signifie pas qu'il soit le seul médecin à pouvoir procéder aux interventions en cause.

Certes, le recourant a fait confiance au Dr O._____ de la Clinique [...], qui lui a recommandé le Prof. K._____ de Belgrade. Cependant, il aurait dû interroger l'intimée sur la prise en charge par

l'assurance obligatoire de soins du traitement par ce spécialiste; la caisse aurait ainsi pu l'orienter vers d'autres spécialistes en Suisse.

A cet égard, il sied de relever qu'à la suite de l'intervention chirurgicale réalisée le 30 mars 2004 à la Clinique [...] et dirigée par le Prof. K. _____, l'intimée a informé le recourant, par courrier du 7 juillet 2004, que les frais des médecins spécialement mandatés de Belgrade ne constituaient pas une prestation à sa charge, au motif qu'elle n'avait jamais accepté la prise en charge desdits frais. Il en découle que le recourant pouvait s'en référer à ce courrier avant de prendre l'initiative de se rendre à Belgrade, sans en informer au préalable l'intimée, pour y subir de nouvelles interventions chirurgicales.

A l'aune de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que les opérations en causes constituaient des prestations pouvant être fournies en Suisse, aux termes de l'art. 36 al. 1 OAMal.

c) Les interventions chirurgicales précitées, soit l'implantation d'un stent urétral le 6 juillet 2005, d'un cathéter urétral le 12 janvier 2006, d'un deuxième stent urétral le 20 février 2006 et les deux phases de reconstruction ouverte avec transplante de muqueuse buccale les 13 mai et 4 septembre 2008, subies à Belgrade, ne peuvent donc être à la charge de l'assurance obligatoire de soins que s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elles ont été effectuées en urgence au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal.

Au regard de l'ensemble des circonstances, l'appréciation de l'intimée retenant l'absence d'urgence n'apparaît pas comme manifestement inexacte. En effet, il est avéré que l'état de santé de l'assuré nécessitait de façon prévisible différentes opérations à moyen terme. Preuves en sont la commande d'un stent au Danemark en 2005 et l'examen radiologique pratiqué à la Clinique [...] en janvier 2006 révélant la nécessité de procéder à une nouvelle intervention chirurgicale.

En outre, le recourant s'est rendu en Serbie pour s'y faire traiter après que le Prof. K._____ a dirigé l'intervention chirurgicale du 30 mars 2004, à la Clinique [...]. Dans le recours déposé ci-dessus, l'assuré affirme que "c'était cette intervention qui a orienté vers l'étranger toute la direction ultérieure du traitement, ainsi que la fin de la thérapie dans la période [de] juin 2005 à l'octobre 2008". De plus, dans l'opposition du 2 novembre 2009 à la décision de l'intimée, il a indiqué que les médecins de la Clinique [...] n'ont pas voulu "s'immiscer" dans le travail commencé par le Prof. K._____ ("les médecins de cette clinique n'ont pas voulu s'inclure à cette intervention pour ne pas s'impliquer dans le travail du chirurgien principal et pour ne pas déranger sa continuité"). Il apparaît dès lors vraisemblable que le recourant s'est rendu en Serbie dans le but d'être traité par le Prof. K._____.

De surcroît, le formulaire "Questionnaire concernant les frais de guérison durant un séjour à l'étranger" signé le 3 septembre 2009 atteste ce qui précède. En effet, l'assuré y mentionne s'être rendu en Serbie, plusieurs fois, pour y recevoir un traitement médical entre 2005 et 2008.

Il s'en suit que les interventions chirurgicales subies à Belgrade ne peuvent être considérées comme découlant d'une urgence dans la mesure où le déplacement à l'étranger à cet effet exclut précisément le caractère d'urgence de la prestation médicale.

Par conséquent, les interventions des 6 juillet 2005, 12 janvier 2006, 20 février 2006, 13 mai 2008 et 4 septembre 2008 ne peuvent être qualifiées de traitements médicaux subits et imprévus au sens de la jurisprudence. Les frais y relatifs n'ont donc pas à être pris en charge par l'intimée.

d) S'agissant des complications survenues à la suite immédiate de l'implantation du cathéter le 13 janvier 2006 et des troubles cardiaques engendrant un séjour hospitalier du 26 au 30 octobre 2007, il ne peut être établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les

traitements y relatifs doivent être pris en charge par l'intimée, à titre de l'assurance obligatoire de soins.

En effet, s'il figure au dossier les bulletins de sortie pour l'hospitalisation du 13 au 15 janvier 2006, il n'y a, en revanche, aucune facture détaillée ni preuve de paiement à ce sujet. Concernant l'hospitalisation d'octobre 2007, il existe certes une facture et une liste de sortie, mais il n'y a aucun formulaire *ad hoc* rempli par le recourant pour un éventuel séjour à Belgrade à cette période; l'assuré n'a jamais fourni à l'intimée de renseignements quant au contexte du séjour l'étranger en octobre 2007.

A la lecture du dossier, il appert que l'intimée a demandé à répétées reprises au recourant des renseignements concernant ces deux hospitalisations, lesquels n'ont dès lors pas été transmis. Le recourant n'a pas fourni tous les renseignements nécessaires pour établir son droit aux prestations et fixer les prestations indues, comme l'impose l'art. 28 al. 2 LPGA. Partant, c'est à juste titre que l'intimée a relevé qu'il ne figurait pas au dossier de renseignements suffisants pour lui permettre d'examiner la prise en charge ou non de ces interventions.

Dans la mesure où l'intimée mentionne, tant dans la décision sur opposition du 4 mars 2010 qu'en procédure de recours (réponse du 16 août 2010), qu'elle pourrait admettre son intervention pour autant que les conditions en soient réunies, mais qu'en l'état du dossier, faute de renseignements de la part du recourant, elle ne le peut pas, il apparaît que sa décision n'est pas définitive sur ce point et peut dès lors être confirmée à ce propos également.

e) A l'aune de ce qui précède, il doit être tenu pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les interventions pratiquées en Serbie sur la personne du recourant le 6 juillet 2005 (implantation d'un stent urétral), le 12 janvier 2006 (implantation d'un cathéter urétral), le 20 février 2006 (implantation d'un deuxième stent urétral), le 13 mai 2008 (première phase de reconstruction ouverte avec

un transplant de muqueuse buccale) et le 4 septembre 2008 (seconde phase de reconstruction) constituaient des prestations pouvant être fournies en Suisse et n'étaient pas exécutées dans l'urgence, au sens de l'art. 36 al. 1 et 2 OAMal. Par ailleurs, le recourant n'a pas apporté les éléments suffisants pour justifier la prise en charge par l'intimée des hospitalisations du 13 au 15 janvier 2006 et du 26 au 30 octobre 2007. Il en découle que la caisse intimée n'a pas à prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, les traitements médicaux reçus à Belgrade de 2005 à 2008.

5. L'expertise demandée par le recourant, à titre de moyen de preuve, n'a pas été ordonnée dans la mesure où le dossier de l'intimée est suffisamment instruit et permet une bonne intelligence de la cause. Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101; SVR 2001 IV n° 10 consid. 4), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1b et la référence).

6. a) Il résulte de ce qui précède que la décision sur opposition du 4 mars 2010, par laquelle E. _____ a confirmé son refus de prise en charge des frais relatifs aux soins médicaux et aux hospitalisations au cours des années 2005 à 2008 en Serbie au titre de l'assurance obligatoire des soins, échappe à la critique. Le recours doit ainsi être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) S'agissant des frais et dépens (art. 91 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36] applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 4 mars 2010 par E._____ est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Q._____
- E._____
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :