

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 février 2026

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique
Greffier : M. Varidel

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourant, représenté par Me Sébastien Friant, avocat à Vevey,

et

AVENIR ASSURANCE MALADIE SA, à Martigny, intimée.

Art. 27 LPGa ; 36 al. 2 OAMal

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, ressortissant [...] au bénéfice d'une autorisation de séjour de type « B », était assuré, pour l'année 2022, auprès d'Avenir Assurance Maladie SA (ci-après : la caisse-maladie ou l'intimée) au titre de l'assurance obligatoire des soins.

Il ressort d'une attestation rédigée en anglais le 5 septembre 2022 par la clinique C._____, en T***, que l'assuré avait été hospitalisé d'urgence en raison de symptômes psychotiques résultant probablement d'une surconsommation de substances psychoactives, et précisant que la durée de l'hospitalisation ne pouvait être estimée précisément.

Dans un courriel du 7 septembre 2022, K._____, père de l'assuré, s'est adressé à la caisse-maladie en ces termes (*sic*) :

« Madame Monsieur
Suite à votre appelle vous m'avez dis que vous refusier ce dossier concernant mon fils B._____.
Je vous prie de m'envoyer ce refus par courrier en argumentant les raison du refus car je ne comprend pas comment vous ne prenez pas ça en charge ou alors une autre solution. C'est moi qui vous écris car lui est interner en ce moment.
Par avance merci de votre reponse dans les plus brefs délais.
(...)»

Le 9 septembre 2022, la caisse-maladie lui a indiqué ce qui suit :

« Monsieur,

Votre courriel du 7 septembre 2022 a retenu toute notre attention.
A ce sujet, nous vous informons qu'une avance de frais par le biais de notre partenaire d'assistance E._____ (E._____) n'est pas possible en cas d'utilisation de drogues sauf celles prescrites par un médecin, incluant toute pathologie liée à l'éthylisme.

Dès lors, votre fils devra régler les notes d'honoraires directement aux dispensateurs des soins et nous les transmettre, accompagnées d'une note mentionnant les circonstances des soins, afin que nous pussions traiter le cas de manière aisée.

Nous tenons à vous préciser que l'assurance obligatoire des soins (AOS) prévoit la prise en charge des traitements à l'étranger en cas d'urgence et ce jusqu'à concurrence du double du tarif qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse. 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.
[...] »

Le 16 septembre 2022, la caisse-maladie a reçu une procuration signée par l'assuré en faveur de son père.

Dans un rapport médical non daté de la clinique C._____, traduit en français, il était exposé l'historique de consommation de drogues de l'assuré, le traitement suivi durant son séjour, ainsi que son « statut mental à la sortie » de l'institution, le 26 septembre 2022. Le rapport indiquait que l'objet de l'hospitalisation était une désintoxication, lors de laquelle des diagnostics mentaux et somatiques avaient été posés (F10.2 et F14.2). Les examens effectués, notamment psychologiques, indiquaient un profil de personnalité antisociale, une sensibilité à la critique, ainsi qu'une propension aux conflits interpersonnels. Sur la base de ces résultats, un programme individuel créé pour le patient, comprenant un travail psychothérapeutique et sociothérapeutique quotidien, en plus de la pharmacothérapie, avait permis une amélioration de l'état de l'assuré, ainsi que l'établissement d'une abstinence stable. Un examen de contrôle, afin d'évaluer son état psychologique et éventuellement corriger la thérapie, était prévu le 24 octobre 2022.

Dans une attestation médicale du 30 septembre 2022, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a confirmé que l'assuré avait été hospitalisé en T*** du 4 au 26 septembre 2022. Il a expliqué que l'assuré était connu de longue date pour une consommation de substances psychoactives et qu'un abus de cocaïne lors de son voyage en T*** le 3 septembre 2022 avait conduit à son hospitalisation en urgence dans ce pays en vue d'un sevrage.

Dans une attestation du 24 octobre 2022, la clinique C._____ a confirmé l'hospitalisation de l'assuré du 4 au 26 septembre 2022 et détaillé les traitements reçus ainsi que leurs coûts respectifs.

Dans un document daté du 24 novembre 2022, rédigé en anglais, la clinique C._____ a indiqué que l'assuré avait été traité au sein de son institut en raison d'une addiction à la cocaïne et expliqué que l'intéressé devrait se rendre tous les 28 jours à la clinique pour des contrôles réguliers, ce suivi devant durer jusqu'en septembre de l'année suivante.

Par courrier et décompte des 21 et 23 décembre 2022, la caisse-maladie a fait savoir à l'assuré qu'elle n'entrerait pas en matière pour la prise en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, des frais d'hospitalisation en T*** du 4 au 26 septembre 2022, d'un coût total de 20'641 fr. 55 (21'000 Euros). S'appuyant sur le préavis de son médecin-conseil, elle constatait que ladite hospitalisation, ayant pour but un sevrage, ne correspondait pas à un traitement d'urgence à l'étranger, celui-ci pouvant par ailleurs être effectué en Suisse.

Par courrier du 3 janvier 2023, le père de l'assuré a décrit les circonstances qui avaient conduit lui et son fils à entreprendre un voyage en T*** et le déroulement des événements qui avaient conduit ce dernier à être hospitalisé en raison d'une surconsommation de drogues.

Par courriel du 6 janvier 2023, l'assuré s'est opposé au refus de la caisse-maladie de prendre en charge les frais relatifs à son hospitalisation. Il a déclaré que l'hospitalisation avait été ordonnée par le médecin des urgences de la clinique, qui avait ensuite refusé de le laisser sortir après consultation, ledit médecin estimant que l'intéressé représentait alors un danger pour lui-même et des tiers. Il a expliqué avoir déjà vécu différentes crises semblables en Suisse et qu'en général, le médecin le laissait sortir assez rapidement, à savoir le jour même ou le lendemain. Il a affirmé qu'il n'avait jamais demandé à rester hospitalisé pour un sevrage. L'intéressé a produit une « annexe au rapport de sortie » de la clinique C._____, datée du 30 décembre 2022 et traduite en français le 4 janvier 2023, aux termes de laquelle l'assuré, qui s'était présenté accompagné d'un ami, avait été hospitalisé en urgence à cause d'une consommation de grande quantité de narcotiques.

Par courriel du 17 janvier 2023, la caisse-maladie a demandé à l'assuré de produire un rapport médical de sortie détaillé de la clinique C._____, précisant également la raison pour laquelle un retour en Suisse n'était pas possible.

Il ressort d'un document intitulé « complément de l'avis de sortie » rédigé le 6 février 2023 par la clinique C._____ et traduit en français le lendemain, ce qui suit (*sic*) :

« Le patient a été hospitalisé en urgence à cause de la consommation de produit narcotiques en grande quantité.

Il a été amené par des amis auprès de notre réception. Après l'examen de son état et après la stabilisation, le jour-même, il a été proposé au patient à ce qu'on lui administre le traitement stationnaire pour une durée de 21 jours (dont il a été inclus également le traitement ambulatoire d'une durée d'une année après la fin de la partie du traitement stationnaire et à condition que le patient respecte les règles du traitement ambulatoire). Le patient a accepté d'y rester.

Le patient est sous le traitement ambulatoire et il se présente régulièrement une fois par mois pour les examens de contrôle. »

Par courrier du 9 mars 2023, la caisse-maladie a fait savoir à l'assuré qu'après examen des documents transmis, elle maintenait sa position, refusant de prendre en charge ses frais d'hospitalisation en T***.

Par courrier du 17 mars 2023, le père de l'assuré a fait part de son opposition à la lettre susmentionnée. Il a notamment réitéré que lui et son fils ne s'étaient pas rendus en T*** avec l'intention de le soigner sur place mais uniquement pour un changement d'environnement. Il s'est par ailleurs plaint de n'avoir pas reçu de réponse à ses questions de la part de la caisse-maladie.

Par décision formelle du 21 avril 2023, la caisse-maladie a fait savoir à l'assuré qu'elle ne prendrait pas à sa charge les soins reçus à l'étranger, d'un montant total de 20'641 fr. 55 (21'000 SRB [*recte* : Euros]). Se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, elle a estimé que la cure de sevrage effectuée du 4 au 26 septembre 2022 en T*** ne relevait pas d'un traitement effectué en urgence à l'étranger au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal. Elle a en outre relevé que dans son complément à l'avis de sortie, la clinique

C._____ avait précisé avoir proposé à l'assuré de lui administrer un traitement stationnaire pour une durée de 21 jours, qu'il avait accepté. Il n'y avait dès lors pas eu d'obligation d'effectuer ce traitement en T*** et il s'agissait d'un traitement volontaire sans caractère urgent démontré, lequel aurait, par ailleurs, pu être entrepris en Suisse.

Le 22 mai 2023, l'assuré, représenté par Me Sébastien Friant, s'est opposé à cette décision.

Par décision de reconsidération du 13 septembre 2023, annulant et remplaçant la décision du 21 avril précédent, la caisse-maladie a admis la prise en charge, respectivement le remboursement des frais de l'hospitalisation du 4 au 5 septembre 2022 auprès de la clinique C._____, à hauteur de 1'474 fr. 40 (1'500 Euros). S'appuyant sur un avis du 2 août 2023 de sa médecin-conseil, la Dre G._____, spécialiste en médecine interne générale, elle a reconnu que l'hospitalisation du 4 au 5 septembre 2022 était justifiée par un traitement médical urgent à l'étranger en raison d'une décompensation aigüe. Elle a en revanche confirmé sa précédente position s'agissant du séjour subséquent, du 6 au 26 septembre 2022, auprès de la même institution, qui correspondait à une hospitalisation pour sevrage, traitement qui n'était pas urgent et aurait pu être entrepris en Suisse.

Par pli du 16 octobre 2023, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision susmentionnée, arguant en substance que la condition de l'urgence était toujours remplie pour la période d'hospitalisation du 6 au 26 septembre 2022. Il s'est par ailleurs plaint d'une violation du devoir d'information de l'assureur.

Par décision sur opposition du 10 janvier 2024, la caisse-maladie a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa précédente décision.

B. Par acte du 12 février 2024, B._____, toujours représenté par Me Friant, a interjeté recours contre la décision sur opposition susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal, en concluant à sa réforme, en ce sens que l'intégralité des soins dont il avait bénéficié du 4 au 26 septembre 2022, auprès de la clinique C._____, en T***, était pris en charge par l'intimée, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à celle-ci pour nouvelle décision. A l'appui de son recours, le recourant a repris les griefs invoqués au stade son opposition et a requis, à titre de mesures d'instructions, la production des conversations [téléphoniques] intervenues entre l'intimée et le père du recourant. Il a par ailleurs déposé une requête d'assistance judiciaire.

Par décision du 26 avril 2024, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 11 janvier 2024, en nommant un conseil d'office en la personne de Me Friant. L'assuré était par ailleurs exonéré du paiement d'avances et de frais judiciaires, tout en étant astreint au paiement d'une franchise de mensuelle de 50 fr., dès et y compris le 1^{er} juin 2024.

Dans sa réponse du 28 mai 2024, l'intimée a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision sur opposition attaquée.

En réplique, le 1^{er} juillet 2024, le recourant a maintenu ses conclusions, en faisant valoir en outre que l'intimée n'avait pas instruit le dossier à satisfaction et requérant, en sus des enregistrements de conversations téléphoniques, la production par l'intimée de toutes les démarches entreprises par elle-même auprès de la clinique C._____, ainsi que l'audition du père du recourant. Il a également sollicité qu'un délai supplémentaire lui soit accordé pour produire un relevé du journal des appels [téléphoniques] effectués par le père du recourant avec l'intimée.

Dans de nouvelles déterminations du 19 août 2024, le recourant a indiqué que le journal des appels susmentionnés ne pourrait pas être produit en raison de la durée de conservation de tels documents par l'opérateur téléphonique, limitée à six mois. Il a en outre produit des résultats d'analyses toxicologiques montrant l'absence de consommation de stupéfiants en novembre et décembre 2023 ainsi qu'en février et mai 2024. Le recourant a, pour le reste, maintenu ses conclusions.

Le 22 août 2024, l'intimée a fait savoir que l'enregistrement des appels [téléphoniques] était conservé durant trois mois à compter de la date de l'appel, conformément aux règles en vigueur en matière de protection des données. Elle a maintenu sa position pour le surplus.

Par pli du 28 août 2024, le recourant a maintenu ses réquisitions de mesures d'instructions.

Par courrier du 9 septembre 2024, Me Friant a déposé une liste intermédiaire des opérations effectuées du 17 janvier au 3 septembre 2024, totalisant 16 heures et 25 minutes, dont 3 heures et 5 minutes correspondant au travail d'un avocat-stagiaire.

Le 19 mars 2025, Me Friant a déposé une demande de taxation intermédiaire motivée.

Par décision du 10 avril 2025, la juge instructrice a fixé l'indemnité de conseil d'office alloué à Me Friant à 3'109 fr. 10 pour la période du 17 janvier au 3 septembre 2024, et dit que le recourant était tenu au remboursement de l'indemnité de son conseil d'office mise provisoirement à la charge de l'Etat dès qu'il serait en mesure de le faire.

En droit :

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) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige a pour objet la prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire des soins des traitements dont a bénéficié le recourant, en T***, du 6 au 26 septembre 2022.

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, en particulier, 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, par des chiropraticiens ou par des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2 let. a ch. 1 à 3), ainsi que les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits notamment par un médecin (al. 2 let. b) et le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (al. 2 let. e).

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.

b) Aux termes de l'art. 34 al. 2 let. b LAMal, le Conseil fédéral peut prévoir 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 LAMal 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 145 V 170 consid. 2.1 ; ATF 131 V 271 consid. 3.1 ; ATF 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 s'il n'existe aucune possibilité de traitement de la maladie en Suisse ou s'il est établi, dans un cas particulier, qu'une mesure thérapeutique pratiquée en Suisse comporte pour le patient des risques importants et notablement plus élevés par rapport à une alternative de traitement à l'étranger et qu'ainsi un traitement approprié n'est pas garanti en Suisse au vu du résultat thérapeutique souhaité (ATF 145 V 170 consid. 2.2). 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. 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 minimales, 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 ; ATF 131 V 271 consid. 3.2 ; TF 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.1 ; RAMA 5/2003, n° KV 253, consid. 2). Une interprétation stricte des raisons médicales doit être de mise (ATF 145 V 170 consid. 2.3 et 2.4 puis 7.1 et 7.2 ; TF 9C_566/2010 du 25 février 2011 consid. 3 et 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 (ATF 145 V 170 consid. 2.4 ; 131 V 271 consid. 3.2 ; TF 9C_136/2021 consid. 6.2). 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 145 V 170 consid. 2.4 ; ATF 131 V 271 consid. 3.2 ; ATF 126 V 330 consid. 1b).

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). Cette dernière condition s'examine sous l'angle de la proportionnalité en tenant compte également d'aspects non médicaux, tels que les coûts du retour en comparaison des coûts du traitement (TF 9C_35/2010 du 28 mai 2010 consid. 3 ; 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.2 et les références ; TFA K 24/04 du 20 avril 2005 consid. 4). Un séjour à l'étranger est considéré comme temporaire tant que la personne concernée a l'obligation de s'assurer en Suisse du fait de son domicile suisse (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n° 544 p. 575).

4. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

5. a) En l'espèce, l'intimée a admis, dans sa décision du 13 septembre 2023, confirmée sur opposition le 10 janvier 2024, la prise en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, de l'hospitalisation du recourant du 4 au 5 septembre 2022 auprès de la clinique C._____, en T***, reconnaissant qu'elle relevait d'un traitement effectué par nécessité médicale à l'étranger. Dès lors, seule demeure litigieuse la prise en charge du séjour subséquent, du 6 au 26 septembre 2022, dont l'intimée a considéré qu'il ne remplissait pas les conditions de l'art. 36 OAMal, dans la

mesure où il s'agissait d'une hospitalisation pour un sevrage, à savoir un traitement non urgent, qui était réalisable en Suisse.

b) Le recourant ne conteste pas que le traitement reçu entre le 6 et le 26 septembre 2022 auprès de la clinique en T*** aurait pu être dispensé en Suisse. Il estime en revanche qu'il se justifie de retenir un cas d'urgence au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal.

Cette position ne saurait toutefois être suivie. En effet, d'après les éléments du dossier, aucune raison médicale ne s'opposait à ce que l'assuré attende son retour en Suisse pour débiter un traitement de sevrage. A cet égard, il ressort en particulier de la lettre du 6 février 2023 de la clinique C._____ que l'état du recourant était considéré comme stabilisé le jour même de son admission. Aux termes de ce même document, un traitement stationnaire d'une durée de 21 jours avait néanmoins été proposé à l'intéressé, que celui-ci avait accepté. Pour le surplus, le recourant n'apporte aucun élément médical objectif indiquant qu'un retour en Suisse à l'issue du séjour du 4 au 5 septembre 2022 n'aurait pas été indiqué. C'est donc à juste titre que l'intimée a retenu qu'en ce qui concernait le séjour du 6 au 26 septembre 2022, l'urgence ne pouvait être retenue car un traitement en Suisse était possible et ceci sans risque médical.

6. Le recourant se prévaut encore d'une violation du devoir d'information de l'intimée, respectivement de sa bonne foi.

a) L'art. 27 LPGa prévoit que dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1) et que chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations (al. 2, première phrase).

Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGa comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de

l'une des conditions du droit aux prestations. Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique ; son contenu dépend de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (ATF 131 V 472 consid. 4.3 ; TF 9C_865/2010 du 8 juin 2011 consid. 5.1).

Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité (ou l'assureur) à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101). D'après la jurisprudence, il faut que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées (a), qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences (b) et que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu (c). Il faut également que celui-ci se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice (d) et que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (e). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante : que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5 ; 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées ; TF 8C_433/2014 du 16 juillet 2015 consid. 3).

L'existence d'un renseignement erroné, d'une déclaration ou d'une promesse doit être prouvée ou au moins rendue hautement vraisemblable par celui qui se prévaut du principe de la bonne foi, l'absence de preuve étant défavorable à celui qui veut déduire un droit de l'état de fait non prouvé (TF 8C_492/2012 du 16 août 2012 consid. 5.2.2 et TFA I 294/02 du 20 novembre 2002).

b) En l'espèce, on peine à comprendre les arguments du recourant relative à une éventuelle violation du devoir d'information de l'assureur, en particulier quant aux garanties qui auraient été données par celui-ci.

En particulier, à aucun moment l'intimée n'a donné son accord exprès quant à la prise en charge des prestations reçues par le recourant en T***. Au contraire, il ressort du dossier que, à la suite de son premier contact avec l'assureur, le père du recourant, agissant alors pour son fils, pensait que la prise en charge des soins serait niée, comme cela ressort de son courriel du 7 septembre 2022 à l'intimée par lequel il demandait que le refus de prise en charge qui lui avait été communiqué par téléphone soit motivé par écrit. S'il apparaît, certes, selon les termes du courriel du 9 septembre 2022 de l'intimée, que ce refus initial se rapportait en réalité à une avance de frais à consentir par E._____, et non pas – à ce stade – à un refus de prise en charge de l'hospitalisation du recourant au titre de l'assurance obligatoire des soins, il n'en reste pas moins que le père du recourant l'avait alors compris en tant que tel, au vu du contenu de son message précité. Dans tous les cas, ni le courriel du 9 septembre 2022 de l'intimée – dans lequel elle rappelait, par ailleurs, les conditions de prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de traitements à l'étranger, soit en particulier qu'il s'agisse d'un traitement urgent et qu'un retour en Suisse ne soit pas indiqué – ni aucune communication de l'intimée, ne saurait être considérée comme une garantie de prise en charge donnée par celle-ci. Pour le reste, on relèvera que le recourant était parfaitement capable de comprendre, pour avoir notamment été hospitalisé à plusieurs reprises pour les mêmes raisons en Suisse – durant un ou deux jours –, que dès le 6 septembre 2022, son hospitalisation ne correspondait plus aux conditions

de prise en charge de l'assurance obligatoire des soins. En outre, les explications avancées par le recourant dans son courriel du 6 janvier 2023, dans lequel il déclare avoir été obligé de rester au-delà du 5 septembre 2022, ne sont guère convaincantes. On observera en effet qu'il n'apporte aucune preuve pour corroborer ses dires et que les éléments médicaux communiqués par la clinique T*** indiquent, au contraire, qu'il était libre de mettre fin à l'hospitalisation dès le 5 septembre 2022 et que le fait qu'il soit resté pour une cure de désintoxication résultait d'un choix délibéré de sa part. Ce grief est ainsi mal fondé.

7. Le dossier est complet et permet à la juge unique de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'un complément d'instruction apparaît inutile. Les requêtes formulées en ce sens par le recourant, en particulier la production des démarches entreprises par l'intimée auprès de la clinique C._____, ainsi que l'audition du père du recourant, doivent dès lors être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

c) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. L'indemnité allouée à son conseil d'office, Me Friant, pour la période du 17 janvier au 3 septembre 2024, a déjà été fixée par décision de taxation intermédiaire du 10 avril 2025, à hauteur de 3'109 fr. 10, correspondant à 16 heures et 25 minutes de travail. Il se justifie néanmoins de lui allouer une

indemnité complémentaire, correspondant à 1 heure de travail, au titre des démarches entreprises postérieurement au 3 septembre 2024, relatives en particulier à la requête de taxation intermédiaire, ainsi qu'à la prise de connaissance de la décision du 10 avril 2025 et du présent arrêt. Compte tenu d'un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1, let. a et b, RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), auquel s'ajoutent un montant forfaitaire de débours, par 5 %, et la TVA, au taux de 8,1 %, cette indemnité complémentaire doit être arrêtée à 204 fr. 30.

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser le solde de l'indemnité de son conseil d'office provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]), applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,
la juge unique
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 10 janvier 2024 par Avenir Assurance Maladie SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV.** L'indemnité complémentaire allouée à Me Sébastien Friant, conseil d'office de B._____, est arrêtée à 204 fr. 30 (deux cent quatre francs et trente centimes), débours et TVA compris.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'État.

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Sébastien Friant, pour B._____,
- Avenir Assurance Maladie SA,
- 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).

Le greffier :