

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 juin 2017

Composition : M. PIGUET, juge unique
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

HOIRIE de feu F.S._____, à savoir [...], , , , et **E.S.**_____, à [...],
recourante, représentée en tant que de besoin par A.S._____, et dont la
représentante commune est Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à
Lausanne,

et

C._____, à Martigny, intimée.

**Art. 24, 25 et 34 al. 2 LAMal ; art. 36 al. 2 OAMal ; art. 27 LPGA ;
art. 9 Cst.**

E n f a i t :

A. F.S._____ (ci-après : l'assuré), né en 1942 et décédé le [...] 2014, travaillait pour le compte du groupe D._____, dont il était également propriétaire et dont le siège principal était à Singapour. Du mois d'août 2010 au mois de septembre 2012, il a séjourné à Singapour afin d'y reprendre la gestion et la direction de la société-mère du groupe. Durant cette période, il a résidé à Singapour avec son épouse et ses trois enfants mineurs, lesquels y ont été scolarisés.

Au cours de cette période, la famille S._____ est demeurée assurée au titre de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie auprès de C._____ (ci-après : C._____ ou l'intimée).

Par courriel du 15 mars 2012, l'épouse de l'assuré a informé C._____ qu'un cancer des cordes vocales avait été diagnostiqué chez son mari, en précisant que le traitement préconisé consistait en sept semaines de radiothérapie et débuterait la semaine suivante. Elle priait l'assureur de lui indiquer quelle était la prise en charge envisageable.

C._____ a accusé réception du message le 12 avril 2012 et requis à cette occasion des informations complémentaires, notamment sur le statut de l'assuré à Singapour et la nature du traitement médical.

Dans un rapport du 18 juillet 2013, le Dr M._____, médecin traitant de l'assuré, a notamment expliqué que le cancer avait été découvert le 16 février 2012 et que l'assuré avait subi un traitement de radiothérapie du 20 mars au 9 mai 2012 (cf. également les rapports des 17 juillet et 7 octobre 2013 établis par le Dr A._____).

Après avoir recueilli les renseignements nécessaires à l'examen de la demande, C._____ a, par décompte du 8 novembre 2013, corrigé le 17 avril 2015, informé l'assuré qu'elle ne prendrait que

très partiellement en charge les frais liés au traitement de son cancer à Singapour, en raison du caractère non urgent de ce dernier.

Mme A.S._____ a contesté la position de C._____ le 18 avril 2015, observant que son mari avait suivi son traitement à Singapour en raison du fait qu'il y était en poste et qu'il était inadmissible d'exiger de lui qu'il attende son retour en Suisse, prévu sept mois plus tard.

C._____ a rendu une décision formelle confirmant sa position le 14 juillet 2015, à laquelle Mme S._____ s'est opposée à la fin du mois de juillet (date exacte de l'opposition inconnue).

C._____ a soumis le cas à la Dresse T._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de l'assurance, laquelle a rendu un avis le 26 août 2015. Elle attestait que tous les traitements ainsi que les séances de radiothérapie effectués du 23 février au 14 septembre 2012 à Singapour ne relevaient pas de l'urgence, puisque le patient aurait pu rentrer en Suisse où les traitements auraient été adéquats, économiques et appropriés.

C._____ a confirmé son point de vue par décision sur opposition du 23 novembre 2015.

B. Par acte du 11 janvier 2016, l'hoirie de feu F.S._____ (ci-après : la recourante) a formé recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu en substance à l'annulation de la décision attaquée et à la prise en charge des traitements médicaux subis par feu F.S._____ à Singapour du 23 février au 14 septembre 2012 au titre de l'assurance obligatoire des soins. En résumé, elle estimait d'une part que les conditions de l'art. 36 al. 2 OAMal (caractère urgent du traitement et caractère inapproprié du retour) étaient remplies et d'autre part que C._____ avait violé son devoir d'information à plusieurs reprises.

Dans sa réponse du 15 février 2016, C._____ a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 8 avril 2016, la recourante a maintenu sa position, mettant en évidence notamment que les traitements dont celle-ci avait demandé le remboursement durant la période litigieuse avaient été régulièrement pris en charge par l'intimée, sans que cette dernière n'émette une quelconque réserve. La recourante a pour le surplus approfondi les arguments invoqués. Elle a produit notamment un courriel en anglais du Dr A._____, médecin traitant de l'assuré, du 31 mars 2016, qui exposait que les patients ayant un cancer du larynx avaient un risque de développer un stridor et une obstruction durant un vol en avion. Cela avait pesé en défaveur d'un voyage en Europe et influencé la décision de l'assuré de se faire soigner à Singapour. Concernant un report du traitement, le Dr A._____ estimait que c'était toujours possible, mais pour le confort mental des patients, l'idée de commencer le traitement le plus tôt possible était toujours considérée comme l'option de prédilection dans les cas de cancer (« As for delaying treatment - yes that is always possible but for the mental well being, the idea of starting treatment as soon as possible would always be considered the option of choice in Cancer cases ») ; la maladie pouvait en effet progresser et le rythme de cette progression était toujours incertain. Les médecins prenaient toujours en compte le plus mauvais scénario et fondaient leur décision dessus.

Par duplique du 3 juin 2016, l'intimée a notamment expliqué les causes des remboursements qui avaient été effectués durant la période litigieuse. Elle a par ailleurs confirmé sa position.

Par écriture du 27 juin 2016, la recourante a confirmé ses arguments et conclusions.

Par courrier du 20 décembre 2016, le Juge instructeur a soumis un questionnaire au département d'oncologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV) sur lequel les parties ont eu

l'occasion de se déterminer (cf. écriture de l'intimée du 13 décembre 2016 et écriture de la recourante du 16 décembre 2016).

Dans sa réponse du 1^{er} février 2017, le CHUV, sous la plume du Dr K._____, chef de service, a notamment précisé qu'il n'y avait aucune nécessité subite ou imprévue de débiter immédiatement le traitement en cause et qu'un vol long-courrier ne présentait aucune dangerosité.

Dans leurs déterminations des 17 mars pour l'intimée, 27 février et 7 mars 2017 pour la recourante, les parties ont maintenu leur position respective.

Les arguments des parties seront pour le surplus repris dans la partie en droit ci-dessous.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de

la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). Un membre de cette cour statue en tant que juge unique sur les recours dont la valeur litigieuse n'excède pas 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile compte tenu des fêtes d'hiver (art. 38 al. 4 let. c LPGA), auprès du tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable. La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr. au vu du montant réclamé (25'013 fr.), la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour statuant en tant que juge unique.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante au remboursement des frais liés au traitement oncologique subi par F.S. _____ du 23 février au 14 septembre 2012 à Singapour.

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 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 ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b). La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au

regard du but thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 95 consid. 4a ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 138 consid. 5 ; RAMA 2000 n° KV 272 p. 111 consid. 3.1.2).

b) Aux termes de l'art. 34 al. 2 première 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 du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), intitulé « Prestations à l'étranger ».

Selon l'al. 1 de cette dernière disposition, le Département fédéral de l'intérieur (ci-après : le 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 ; 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 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, des 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 minimes, difficiles à estimer ou encore contestés d'une prestation fournie à l'étranger, ne constituent pas des raisons médicales au sens de cette disposition ; il en va de même du fait qu'une clinique à l'étranger dispose d'une plus grande expérience dans le domaine considéré (ATF 134 V 330 consid. 2.3 ; ATF 131 V 271 consid. 3.2 ; TF 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.1). Une interprétation stricte des raisons médicales doit être de mise (TF 9C_566/2010 du 25 février 2011 consid. 3 et les références citées).

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_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).

c) 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 ; ATF 126 V 353 consid. 5b et les références citées ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 et les références citées). 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 ; ATF 126 V 319 consid. 5a).

Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c et les références citées). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; ATF 130 I 180 consid. 3.2).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2 ; TFA I 32/05 du 20 mars 2006 consid. 5.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves ni sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport

médical n'est ni son origine, ni sa désignation mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. Il convient à titre préliminaire de constater que le fait pour l'assuré d'avoir séjourné de façon durable à l'étranger ne change rien quant à l'application du régime relatif à la prise en charge des prestations effectuées à l'étranger.

a) Il convient tout d'abord d'observer que l'assuré ne pouvait se prévaloir de l'un des statuts définis aux art. 3 à 5 OAMal (frontaliers ; travailleurs détachés ; personnes relevant d'un service public). En particulier, l'art. 4 OAMal, qui concerne les travailleurs détachés, prévoit, à son al. 1, que demeurent soumis à l'assurance obligatoire suisse les travailleurs détachés à l'étranger, ainsi que les membres de leur famille au sens de l'art. 3 al. 2 OAMal lorsque a) le travailleur était assuré obligatoirement en Suisse immédiatement avant le détachement et b) qu'il travaille pour le compte d'un employeur dont le domicile ou le siège est en Suisse. Cette disposition n'est toutefois pas applicable au cas d'espèce, dès lors que l'assuré travaillait pour le compte d'une entreprise dont le siège principal était à Singapour. Il ne pouvait ainsi pas être considéré comme un travailleur détaché, quand bien même il résidait durablement à Singapour.

b) Quand bien même l'assuré vivait à Singapour avec sa famille, il avait conservé son domicile légal en Suisse. De plus, même si le séjour pouvait être considéré comme « durable », en ce sens qu'il a duré

une relativement longue période, il n'en n'était pas moins temporaire, dès lors qu'un retour en Suisse était prévu (cf. courrier de Mme A.S. _____ à l'intimée du 15 mars 2012). Or l'art. 36 al. 2 OAMal s'applique également en cas de séjour temporaire à l'étranger, tant que le domicile légale reste en Suisse (cf. Gebhard EUGSTER, *Kankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 3^e éd, Bâle 2016, p. 576 n° 544, qui donne les exemples d'un tour du monde ou d'une activité commerciale à l'étranger).

5 **a)** Il sied ainsi d'examiner si les conditions de l'art. 36 OAMal sont réalisées. Dès lors qu'il est évident que le traitement suivi par feu l'assuré est couramment pratiqué en Suisse et qu'il correspond à des protocoles largement reconnus, l'assuré n'avait pas droit à la prise en charge dudit traitement sous l'angle de l'art. 36 al. 1 OAMal (cf. supra consid. 3b). Ainsi, seule la condition de son caractère urgent au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal importe ici. Sur ce point se posent d'une part la question de la possibilité du report du traitement et d'autre part celle de l'exigibilité d'un retour en Suisse. Il est rappelé qu'il appartient à l'assuré de rendre vraisemblable l'urgence (Gebhard EUGSTER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)*, 2^e ed, Zurich/Bâle/Genève 2010, n° 8 ad. art. 34).

b) La recourante prétend qu'au vu de l'état de santé de l'assuré, le traitement prescrit devait être rapidement mis en œuvre et que le laps de temps d'un mois qui s'est écoulé entre la découverte de la maladie et le début du traitement n'aurait pas été suffisant pour organiser le réseau de soins nécessaire en Suisse sans mettre en péril la santé de l'assuré. La recourante n'amène toutefois aucun document médical venant appuyer ces affirmations.

Contrairement à la recourante, on retiendra qu'une période d'un mois laissait le temps nécessaire à l'assuré pour prendre contact avec un établissement en Suisse et y organiser le traitement. C'est ce qu'a retenu le Tribunal fédéral dans un arrêt 9C_1009/2010 du 29 juillet 2011

consid. 3.1, dans lequel il a été considéré qu'un laps de temps d'un mois dans le cas d'un cancer aurait permis à l'assuré de faire le nécessaire pour se faire soigner en Suisse. Le caractère urgent du traitement doit déjà être nié pour cette raison.

Le Dr K._____ confirme par ailleurs qu'il n'y avait aucune nécessité subite et imprévue de débiter le traitement. Il observe en particulier que le cancer dont souffrait l'assuré était de type T1a N0 M0, ainsi que l'avait indiqué le Dr A._____ dans ses rapports du 17 juillet et 7 octobre 2013. Or il n'avait jamais été décrit dans la littérature médicale de dyspnée ou de stridor pour un tel type de cancer, car les cancers des cordes vocales T1a N0 étaient de très petit volume et n'étaient jamais obstructifs pour les voies aériennes. L'endoscopie du 16 février 2012 et le PET-CT du 24 février 2012 avaient d'ailleurs mis en évidence un cancer à peine visible. Il n'y avait en d'autres termes pas d'urgence devant un tel tableau clinique à débiter le traitement, eu égard au risque que l'assuré aurait couru en termes d'obstruction des voies aériennes.

c) Le rapport du Dr K._____ est complet et précis. Il décrit notamment les mécanismes médicaux et le tableau clinique qui le mènent à ses conclusions. Les explications même de l'expert permettent d'écarter les griefs de la recourante quant au fait qu'il s'est prononcé bien après les faits et sans avoir examiné l'assuré, dès lors que le type de cancer dont ce dernier souffrait permet objectivement d'exclure un cas d'urgence. Le rapport du Dr K._____ remplit les critères de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 3c) et l'emporte sur le rapport du Dr A._____ du 31 mars 2016 - sur lequel la recourante fonde son argumentation -, qui, outre qu'il a également été établi plusieurs années après la période litigieuse, se borne à des considérations générales peu voire pas motivées concernant les cas de cancer. Le point de savoir si le traitement litigieux remplit la condition de l'urgence doit s'examiner sur la base de critères objectifs, et non pas sur la base du point de vue subjectif de l'assuré ou de son médecin. En tant que le Dr A._____ observe qu'il convient de débiter les traitements pour les cas de cancer le plus vite possible afin d'assurer le bien-être mental des

patients, il ne fournit aucune explication tendant à démontrer le caractère urgent en l'espèce. Les considérations de ce médecin n'ont du reste pas empêché que le traitement ne débute qu'un mois après que le diagnostic a été posé. Dans ses rapports des 17 juillet et 7 octobre 2013, le Dr A._____ s'est par ailleurs contenté de décrire l'atteinte et les traitements mis en place, sans se prononcer sur le caractère urgent des traitements. Le Dr M._____ ne s'est pas non plus prononcé sur cette question et la recourante n'a pas produit d'autres rapports médicaux, qualifiant le traitement à entreprendre d'urgent. Pour cette raison, et au vu des divers éléments relevés ci-dessus, l'argument de la recourante selon lequel le traitement devait être considéré comme urgent dès lors que l'assuré était légitimé à le penser au vu des explications de ces médecins traitants tombe à faux.

d) Concernant l'exigibilité d'un retour en Suisse, que la recourante nie, l'avis du Dr A._____ (courriel du 31 mars 2016) est selon le Dr K._____ une considération générale globalement assez exacte pour les cancers du larynx beaucoup plus évolués (classés T2 et surtout T3 ou T4), qui ne peut toutefois pas s'appliquer au cas présent. Un vol long-courrier ne présentait aucune dangerosité pour le patient et un vol médicalisé n'aurait pas été nécessaire. On relèvera d'ailleurs que le Dr A._____ n'a nullement affirmé qu'un vol long-courrier était inapproprié en l'espèce, mais que les patients présentant la pathologie de l'assuré avaient un risque de développer un stridor et une obstruction, ce qui avait pesé dans la décision de l'assuré de se soigner à Singapour. Rien n'indique cependant que ce médecin a déconseillé à son patient de retourner en Europe.

Il n'existe par ailleurs pas d'autres circonstances qui laisseraient penser qu'un retour en Suisse n'était pas exigible. Les explications de la recourante quant aux coûts d'un tel retour, s'agissant en particulier des frais de voyage et de logement, sont peu convaincantes. Il ressort du dossier que la famille S._____ avait conservé son domicile en Suisse, ainsi que l'attestent les données du Registre cantonal des personnes. La famille S._____ rentrait du reste régulièrement en Suisse,

comme le montrent divers extraits bancaires ainsi que les décomptes de prestations de l'intimée, laquelle a remboursé un certain nombre de prestations servies en Suisse tout au long du séjour de la famille S. _____ à Singapour. Dès lors qu'un retour en Suisse était possible plusieurs fois par année, on ne voit pas qu'il n'aurait pas été exigible pour le traitement de la maladie de l'assuré. Les frais de voyages n'apparaissent du reste pas disproportionnés par rapport aux coûts importants occasionnés par la nature du traitement subi par l'assuré. Finalement, la recourante n'amène aucun élément concernant une éventuelle perte de gain que l'assuré aurait subie s'il avait dû quitter son poste rapidement.

e) Au vu de ce qui précède, c'est à raison que l'intimée a retenu que les conditions de l'art. 36 OAMal pour la prise en charge du traitement litigieux n'étaient pas réunies.

6. La recourante reproche encore à l'intimée d'avoir à plusieurs reprises violé son devoir d'informations et le principe de la bonne foi. Selon elle, l'intimée avait pris en charge diverses factures en relation avec des traitements médicaux effectués à Singapour pour différents membres de la famille sans émettre de réserve, de sorte que l'assuré était fondé à penser que les traitements entrepris pour son cancer seraient pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins. L'intimée n'avait du reste jamais informé la famille S. _____ du fait que seuls les traitements urgents effectués à l'étranger étaient remboursés. Par ailleurs, l'épouse de l'assuré s'était adressée à l'intimée par téléphone et courriel avant le début du traitement afin de s'assurer de sa prise en charge. L'intimée n'avait répondu que près d'un mois plus tard, confortant l'assuré dans l'idée que son traitement serait pris en charge. L'intimée avait par la suite demandé divers documents sans toutefois émettre de réserve générale concernant les traitements à l'étranger ou donner d'explications sur les conditions auxquelles un traitement à Singapour pouvait être pris en charge. De son côté, l'intimée a notamment précisé que seuls les traitements urgents effectués à Singapour avaient été pris en charge, ainsi que certains traitements liés à l'assurance complémentaire, les autres ayant été refusés. De plus, l'assuré avait été informé par courrier du 20

juillet 2010 des conditions de prise en charge des traitements durant son séjour à l'étranger.

a) Selon l'art. 27 LPGA, 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). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2).

Tandis que l'al. 1 de cette disposition pose une obligation générale et permanente de renseigner, indépendante de la formulation d'une demande par les personnes intéressées - obligation de renseigner qui sera satisfaite par le biais de brochures, fiches, instructions, etc. -, l'al. 2 prévoit un droit individuel d'être conseillé par les assureurs compétents (ATF 131 V 472 consid. 4.1). 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 (ATF 131 V 472 consid. 4.3). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne ayant besoin de conseils doit savoir 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 ; TF 9C_97/2009 du 14 octobre 2009 consid. 2.2).

Lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, le défaut de renseignement est assimilé à une déclaration erronée de sa part qui peut, à certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, ceci 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] ; ATF 131 V 472 consid. 5). Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement (« ohne weiteres ») de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). 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 ; TF 9C_97/2009 précité consid. 2.2).

b) En l'espèce, l'assuré ne pouvait ignorer que la prise en charge des prestations à l'étranger par l'intimée était limitée aux traitements effectués en cas d'urgence. En effet, par courrier du 20 juillet 2010 adressé à l'assuré, l'intimée a précisé ce qui suit : « pour autant que votre domicile légal reste en Suisse durant votre séjour à Singapour, nous vous garantissons, dans des cas d'urgence, la couverture d'assurance mentionnée dans les attestations jointes ».

De plus, contrairement à ce que la recourante prétend, ils ne ressort pas du dossier que des prestations non urgentes à l'étranger auraient été remboursées, mis à part celles qui pouvaient l'être par l'assurance complémentaire. L'intimée a précisé que la plupart des factures de l'année 2010 et une partie de celles de 2011 n'avaient pas été retrouvées. Certaines indications avaient pu être obtenues par consultation informatique, et avaient été notées sur les décomptes. Il

apparaissait que lorsque l'urgence n'était pas visible à la lecture de la facture, des informations avaient été demandées à la famille S._____. Il ressortait de certains décomptes de 2013 que des remboursements avaient été refusés, au motif que les traitements n'étaient pas urgents, puis, sur la base des explications fournies, avaient été pris en charge. Les décomptes correspondant aux versements des 11 août 2010, 18 août 2010, 1^{er} septembre 2010, 8 septembre 2010, 16 mars 2011 et 16 mars 2011 listés par la recourante concernaient des frais médicaux dispensés avant le départ à Singapour. Par ailleurs, plusieurs décomptes concernaient des traitements dispensés en Suisse à l'occasion de retours au pays. Parmi les remboursements listés par la recourante figuraient également des frais dentaires et des frais de lunettes pris en charge par les assurances complémentaires. Certains décomptes se rapportaient à des traitements dispensés en urgence aux divers membres de la famille S._____ à Singapour, pris en charge à ce titre. En revanche, l'intimée avait refusé d'autres traitements, non urgents, dispensés à Singapour.

Ainsi, l'assuré a d'une part été correctement informé, en 2010, des conditions de prise en charge des prestations à l'étranger, ce que la recourante admet d'ailleurs finalement dans ses déterminations du 27 juin 2016. Les griefs à cet égard doivent dès lors être rejetés. D'autre part, comme l'a relevé l'intimée, il est erroné de dire que les traitements subis par la famille S._____ ont été constamment pris en charge par l'assureur sans la moindre réserve.

c) Il convient par ailleurs de constater l'absence de lien entre un éventuel défaut de renseignement et le comportement de l'assuré. Compte tenu des circonstances, il sied d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré ne serait en tout état de cause pas rentré en Suisse pour subir son traitement, dans la mesure où ses activités professionnelles étaient situées à Singapour et où ses enfants mineurs étaient scolarisés à Singapour. C'est ce qui ressort des déterminations de la recourante du 27 février 2017, en tant qu'elle relève qu'un retour n'était selon elle pas approprié dans la mesure où l'assuré séjournait à Singapour en compagnie de sa famille. Si ces éléments ne

permettent pas de retenir le caractère non approprié du retour au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal, ils démontrent au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré n'avait pas l'intention de rentrer en Suisse pour se faire soigner.

d) Concernant le retard pris par l'intimée à répondre au courriel du 15 mars 2012 de Mme S._____, il est admis que l'intimée n'a pas fait preuve de toute la diligence requise. Alors même que ce courriel mentionnait que le traitement devait débuter la semaine suivante, il a fallu près d'un mois à l'intimée pour accuser réception du courriel. Au regard des informations données par Mme S._____, l'intimée aurait dû se rendre compte, en prêtant l'attention usuelle à sa demande, que l'assuré se trouvait dans une situation dans laquelle il risquait de perdre son droit aux prestations. Avertie de la date proche du traitement, l'intimée aurait dû réagir sans délai (TF 9C_97/2009 précité consid. 3.2). Il est toutefois observé que Mme S._____, de même que l'assuré, n'a pas non plus fait preuve de toute la diligence requise, puisqu'elle n'a pas pris contact immédiatement avec l'intimée après la découverte de la maladie de son mari, alors qu'elle connaissait les conditions de prises en charge des traitements à l'étranger. La teneur de son courriel - elle priait l'assureur de lui indiquer quelle était la prise en charge envisageable - démontre du reste qu'elle n'était pas certaine du fait que le traitement serait remboursé, ni de son caractère urgent au sens de l'assurance-maladie. Le fait que l'assureur a demandé des informations complémentaires ne pouvait par ailleurs être interprété comme l'affirmation d'une prise en charge.

Il est en définitive retenu que, compte tenu de ce qui a été mis en évidence aux considérants ci-dessus, le manquement de l'intimée ne saurait suffire à permettre à la recourante de se prévaloir d'une violation de l'obligation de renseigner et du droit à la protection de la bonne foi.

7. a) Ils découlent des considérants précédents que le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) 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 dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 23 novembre 2015 par C._____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Corinne Monnard Séchaud, avocate (pour l'hoirie de feu F.S._____),
- C._____,
- 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 :