

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 juin 2017

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.J.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Corinne Monnard  
Séchaud, avocate à Lausanne,

et

**A.** \_\_\_\_\_, au [...], intimée.

---

**Art. 27 LPGA ; 25 et 34 al. 2 LAMal.**

## **E n f a i t :**

**A.** A.J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1947, est assuré pour l'assurance obligatoire des soins auprès d'A.\_\_\_\_\_ (ci-après : A.\_\_\_\_\_ ou l'intimée) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, selon le modèle alternatif avec médecin de famille et liste de pharmacies agréées, pour une franchise de 500 francs.

Dans une note créée le 3 août 2015, intitulée « annonce HOSP [hospitalisation] à [...] dès le 2 août 2015 », le gestionnaire a indiqué ce qui suit :

« Hospitalisé depuis hier (problème au pancréas), actuellement en observation.

Tél. de l'épouse du PA [preneur d'assurance] -> ne sait pas s'ils ont des complémentaires.

Demander de nous transmettre documents en langues nationales ou anglais + RM [rapports médicaux].

Explications double du tarif Suisse / Hôp. public.

O.\_\_\_\_\_ 3.8.15.

Mêmes explications au beau-fils qui appelle de Suisse le 11.8.15 / O.\_\_\_\_\_

RE-Tél d'une "tiers-personne" qui ne connaissait ni date de naissance ni n° de police -> MÊMES EXPLICATIONS pour la 3<sup>e</sup> fois (nous demande d'appeler sur place)

R.\_\_\_\_\_ + E.\_\_\_\_\_ le 11.8.15. »

Par courrier recommandé du 14 août 2015, l'épouse de l'assuré s'est adressée à A.\_\_\_\_\_, à l'intention du médecin-conseil, en l'informant de l'examen en urgence le 2 août 2015 de son mari, qui présentait des symptômes de jaunisse ou d'hépatite. Elle informait l'assureur que le premier CT-scan mettait en évidence une lésion au niveau de la tête du pancréas et que les analyses de sang avaient confirmé entre autres un taux de bilirubine très élevé. Elle indiquait qu'il avait été transféré et admis le 4 août 2015 à l'hôpital de V.\_\_\_\_\_. Elle s'enquérissait de savoir si les formulaires remplis en ligne avaient été reçus par A.\_\_\_\_\_ et demandait si d'autres formalités devaient être accomplies en attendant la fin du traitement et le retour en Suisse. Elle

demandait à A.\_\_\_\_\_ de l'informer de la procédure correcte à suivre. Elle a annexé à son courrier un rapport médical du 11 août 2015 de la Dresse F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie hépatopancréato-biliaire au sein de l'hôpital de V.\_\_\_\_\_, qui posait les diagnostics d'adénocarcinome à la tête du pancréas et de diabète mellitus, découverts après différents examens suite à une jaunisse obstructive. Cette spécialiste expliquait que l'assuré avait subi une cholangiographie transhépatique percutanée [PTC en anglais]. Elle indiquait le besoin d'une pancréatoduodénectomie dans les prochains jours, à laquelle devait être ajoutée une chimiothérapie, après avoir récupéré de la chirurgie. Elle restait ouverte à un éventuel contact pour de plus amples informations.

A.\_\_\_\_\_ a répondu à l'assuré le 27 août 2015, confirmant la réception de son courrier du 14 août et lui indiquant qu'au vu des renseignements ainsi communiqués et de sa couverture d'assurance, elle n'était pas en mesure d'avancer les frais. Elle lui proposait de s'acquitter des factures directement sur place, avant de les lui remettre à son retour en Suisse. Elle réclamait de surcroît un rapport médical détaillé et le détail des factures.

Par courrier recommandé du 29 septembre 2015 adressé à A.\_\_\_\_\_, l'assuré a récapitulé les étapes de sa prise en charge de la manière suivante :

« 4 au 6 août 2015 : hospitalisation et investigations à M.\_\_\_\_\_ (factures série I).

4 août 2015 : admission à V.\_\_\_\_\_. La Dresse F.\_\_\_\_\_, mon médecin traitant/répondant, a confirmé le diagnostic du cancer de la tête du pancréas. L'opération Whipple était prévue pour le 15 août. Dans cette série II, vous trouverez des rapports des examens histopathologiques, de laboratoire, de radiologie, de gestes techniques, de ERCP, EUS, FNA, de CT-scans, ... du 4 au 29 août 2015.

4 au 6 août 2015 : premier séjour d'hospitalisation. Une cholangiographie transhépatique a été effectuée le 5 août 2015. Vous trouverez les factures détaillées dans la série III.

6 au 11 août 2015 : période hors hospitalisation, notamment drainage du foie après la cholangiographie transhépatique (PTC) du 5 août.

9 août 2015 : nécessité de changer le pansement souillé autour du cathéter. J'ai dû me rendre aux Urgences de V.\_\_\_\_\_, la Clinique de la Dresse F.\_\_\_\_\_ étant fermée pour un long week-end jusqu'au 11 août (facture série IV), date de la consultation prévue.

12 au 26 août 2015 : deuxième séjour d'hospitalisation. L'intervention chirurgicale a eu lieu le 15 août 2015 (série V). »

L'assuré a par ce même courrier transmis un lot de factures correspondant aux traitements déjà réalisés et informé l'assurance que les deux premières séances de chimiothérapie venaient de commencer et qu'il lui ferait parvenir les factures pour ce traitement et les contrôles intermédiaires sous pli séparé, ultérieurement. Il a également annexé un document intitulé « récapitulation des frais médicaux », où il avait retranscrit les montants des factures transmises, faisant état d'un coût total de 154'507 [...].

A.\_\_\_\_\_ a informé l'assuré par courrier du 21 octobre 2015 que les frais médicaux lui étaient bien parvenus et demandait de lui retourner le questionnaire relatif au traitement à l'étranger complété afin de pouvoir traiter rapidement le dossier.

Le 14 novembre 2015, l'assuré a transmis en retour à l'assureur le formulaire de déclaration de sinistre dûment complété, auquel était annexé un rapport de la Dresse F.\_\_\_\_\_ du 9 novembre 2015, confirmant le diagnostic d'adénocarcinome à la tête du pancréas et de diabète mellitus, de même que l'opération de Whipple (pylorus-preserving pancreatoduodenectomy) qu'il avait subie le 15 août 2015. Elle attestait du fait que son patient était incapable de rentrer en Suisse en raison du caractère grave et urgent de la chirurgie.

Lors d'entretiens téléphoniques du 1<sup>er</sup> décembre 2015, confirmés par courriel du 4 décembre 2015 du L.\_\_\_\_\_, ce dernier et son partenaire, Y.\_\_\_\_\_, ont indiqué à A.\_\_\_\_\_ que l'intéressé était assuré pour les rapatriements mais qu'il n'avait fait aucune demande auprès d'eux dans ce sens. En revanche, il avait requis une avance de frais d'hospitalisation conformément à leurs conditions d'assurance.

Interpellé par A. \_\_\_\_\_ pour se prononcer sur le rapport de la Dresse F. \_\_\_\_\_ du 9 novembre 2015, le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin généraliste conseil d'A. \_\_\_\_\_, a adressé à cette dernière un préavis du 4 décembre 2015, rédigé en ces termes :

« Urgence oui du 2 au 6 août 2015, ensuite sortie de l'hôpital.  
Un retour en Suisse possible pour poursuite de traitement ->  
Opération Whipple et chimiothérapie.  
Traitement dès le 9 août 2015 est volontaire à l'étranger. »

Le 11 décembre 2015, A. \_\_\_\_\_ a informé l'assuré qu'elle prendrait en charge les frais médicaux relatifs à ses hospitalisations du 2 au 6 août 2015 uniquement, en raison du fait que seuls les frais engendrés en raison d'une urgence pouvaient être pris en charge par l'assurance de base selon l'art. 36 al. 2 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102). Dès le 9 août 2015, selon les indications de son médecin-conseil, les traitements qu'avait subis l'assuré l'étaient sur un mode volontaire, de sorte qu'il n'appartenait pas à l'assurance de les prendre en charge.

Conformément au décompte de prestations du 16 décembre 2015 qu'a fait parvenir A. \_\_\_\_\_ à l'assuré, c'est un montant de 12'903 fr., participation déduite, qui lui a été remboursé.

Dans un rapport médical du 16 décembre 2015 adressé à A. \_\_\_\_\_, le Dr G. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

« L'assuré séjournait pour des vacances à [...]. Il s'est présenté le 2 août 2015 à l'hôpital public de M. \_\_\_\_\_ en raison d'une altération jaunâtre de la peau, de renvois, de diarrhée, d'urine sombre, de selles pâles et de nausées. Des investigations médicales ont été immédiatement effectuées. Malheureusement, le diagnostic d'un carcinome du pancréas a été établi. De plus, un diabète sucré déréglé a été trouvé. En raison de la jaunisse, une intervention immédiate a été conseillée à l'assuré dans le sens d'une dilatation des voies biliaires afin d'empêcher une progression de l'insuffisance hépatique. De plus, il lui a été conseillé de rapidement enlever chirurgicalement la tumeur dans le cadre d'une opération de Whipple suivie par une chimiothérapie et/ou une radiothérapie. Sur l'insistance de son fils, il a été transféré le 4 août 2015 à la clinique privée V. \_\_\_\_\_. Le même jour, dans cet hôpital, il a été tenté

d'élargir les voies biliaires par un examen endoscopique (CPRE). L'intervention n'a pas réussi, pour cette raison le lendemain un drainage percutané transhépatique a été posé. L'écoulement de la bile a démarré et le patient a pu sortir de l'hôpital le lendemain, soit le 6 août 2015.

Le 11 août 2015, divers examens préopératoires ont eu lieu, laboratoire, radiographies, ECG [électrocardiogramme], examen cardiaque et vérification de la fonction pulmonaire. Ceci dans le but de l'opération planifiée, qui a eu lieu le 12 [recte : 15] août 2015. Le déroulement postopératoire s'est déroulé sans complication et il a pu rentrer à la maison le 26 août 2015. Du point de vue de la technique d'assurance se pose maintenant la question de savoir si les conditions sont remplies pour prendre en charge les coûts de ce traitement. Lors de l'admission le 2 août 2015, il s'agissait sans aucun doute d'une urgence. Une symptomatologie de jaunisse nécessite des investigations médicales immédiates et un traitement. Les investigations médicales ont identifié une tumeur du pancréas comme cause de la symptomatologie de la jaunisse. Afin d'éviter des complications suite à l'obstruction des voies biliaires, un drainage biliaire a immédiatement été posé pour traiter cette jaunisse. De plus, une ablation dans un bref délai de la tumeur du pancréas dans le cadre d'une opération de Whipple a été recommandée à l'assuré. Le 6 août 2015, il a pu sortir de l'hôpital en attendant une régression de la jaunisse. A ce moment-là le traitement d'urgence était terminé. Il aurait alors absolument été possible à l'assuré de prendre un vol de retour en Suisse pour se faire soigner ici. Une ablation d'une tumeur du pancréas n'est pas une intervention d'urgence, car le patient doit être dans le meilleur état général possible pour subir cette intervention difficile. Du point de vue médical, il est insignifiant si l'intervention est effectuée seulement deux, trois ou quatre semaines après la pose du diagnostic. L'assuré pouvait donc sans problème revenir en Suisse pour se faire soigner ici. »

La Dresse F.\_\_\_\_\_, dans un rapport du 18 décembre 2015, a confirmé à l'attention d'A.\_\_\_\_\_ les diagnostics déjà posés et précisé que le 9 août 2015, le recourant avait été contraint de retourner en urgence à l'hôpital en raison d'une fuite de bile du drain qui avait été posé. Il se sentait terriblement fatigué, avait très peu d'appétit et l'examen du cardiologue le 11 août 2015, en vue de l'opération, avait mis en évidence une hypotension de 84/61. Elle attestait d'une augmentation massive du taux de créatinine révélée le 12 août 2015. En raison de la péjoration de son état clinique et du dysfonctionnement de la fonction rénale, l'assuré avait été admis ce même jour pour optimiser sa réhydratation et corriger sa fonction rénale avant l'opération planifiée le 15 août 2015. En raison de l'opération subie, il avait été hospitalisé du 12 au 26 août 2015. Elle confirmait que le patient, en raison des complications qui étaient

survenues après la pose de la PTC, ne pouvait voyager sur une longue distance entre cette intervention et l'opération.

Par courrier du 25 janvier 2016, Me Corinne Monnard Séchaud a informé A.\_\_\_\_\_ de son mandat et indiqué que son mandant s'opposait d'ores et déjà à sa décision de refuser de prendre en charge les frais médicaux au-delà du 9 août 2015. A.\_\_\_\_\_ a alors demandé le 19 février 2016 à Me Monnard Séchaud de bien vouloir patienter dans la mesure où ce dossier demandait des investigations complémentaires.

Par courriel du 22 février 2016, le Dr G.\_\_\_\_\_ a exposé au Prof. Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie viscérale au sein de la Clinique B.\_\_\_\_\_ à [...], que l'assuré, un homme de 68 ans, avait développé une jaunisse alors qu'il visitait son fils à [...]. Il avait été admis en urgence à l'hôpital le 2 août 2015, où un carcinome de la tête du pancréas avait été diagnostiqué. Le 5 août 2015, l'intéressé s'était fait poser un drainage percutané des voies biliaires et était sorti de l'hôpital le 6 août 2015. Il y avait à nouveau été admis le 11 août 2015, où de nombreux examens préopératoires avaient été effectués en vue de l'opération du Whipple, réalisée le 15 août 2015. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il était exigible que le patient rentre en Suisse, avec le drain, afin d'y subir cette opération. Il a demandé au spécialiste s'il en était autrement avec un diagnostic de carcinome du pancréas.

Par courriel du 23 février 2016, le Prof. Z.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'un retour en Suisse était possible et que l'ajournement de l'opération ne conduirait à aucune détérioration du pronostic.

Par décompte de prestations du 8 mars 2016, A.\_\_\_\_\_ a informé l'intéressé du remboursement d'un montant de 1'047 fr. 50.

A.\_\_\_\_\_ a rendu une décision le 9 mars 2016, motivée comme suit :

« Au vu dudit rapport [réd. : rapport du 16 décembre 2015 du Dr G.\_\_\_\_\_], il apparaît évident qu'un retour en Suisse n'était pas

inapproprié et n'était pas médicalement contre-indiqué dès le 6 août 2015.

Ainsi, sauf à vouloir rester auprès de son fils, de sa belle-sœur et de son beau-frère, aucune raison médicale ne justifiait la prolongation de son séjour à [...] jusqu'au 14 novembre 2015, voire au-delà, puisque ce jour-là, la date de retour prévue dans le questionnaire pour sinistre était "à déterminer".

Par conséquent, nous ne sommes pas en mesure d'allouer nos prestations légales pour l'hospitalisation effectuée à [...] du 12 au 26 août 2015, ainsi que pour les soins ambulatoires dispensés jusqu'au 18 septembre 2015 pour un montant total d'environ CHF 87'450.-.

Toutefois, nous acceptons de revoir partiellement notre position et de prendre en charge également les soins ambulatoires effectués du 9 au 12 août 2015, à l'exception d'une consultation, d'une échographie et des analyses de laboratoire réalisées uniquement en vue de l'intervention du 15 août 2015. »

Par courrier du 1<sup>er</sup> mars 2016, le Dr G.\_\_\_\_\_ a transmis une liste de questions, ainsi que le dossier médical de l'assuré, au Prof. Z.\_\_\_\_\_. Ce dernier et le Prof X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie viscérale au sein de la Clinique B.\_\_\_\_\_ à [...], ont répondu le 15 mars 2016 de la manière suivante aux questions posées, selon la traduction effectuée par A.\_\_\_\_\_ et vérifiée par la Cour de céans :

« 1. Considérant l'état de santé général de l'assuré après l'intervention d'urgence du 2 au 6 août 2015 ou après la complication du 11 août 2015, un retour en Suisse aurait-il été possible ?

Du point de vue médical, avec la pose d'un drainage percutané des voies biliaires (PTCD) [ndlt : comprendre très probablement : si un cathéter de drainage a été posé] et une tension artérielle normale, il est possible d'entreprendre un vol long-courrier. Bien entendu, l'état général du patient joue un rôle déterminant et il faut naturellement être sur place pour pouvoir en juger précisément.

2. Dans l'hypothèse où un rapatriement aurait été envisageable, dans quelles conditions aurait dû avoir lieu le trajet de retour en Suisse (avion de ligne, vol avec accompagnement médical, ou même vol de retour avec un avion de la K.\_\_\_\_\_) ?

D'après les informations relatives à l'hypotension et à la mise en place du drainage PTCD [ndlt : ou plutôt, probablement : PTC (D=drainage)], un vol avec accompagnement médical aurait été envisageable. En cas de nouvelle chute de tension durant le vol, une hydratation parentérale aurait été nécessaire.

3. Dans le cas d'un retour en Suisse, il se peut même que l'intervention chirurgicale aurait eu lieu plus tard. Cette circonstance aurait-elle affecté, aggravé le pronostic de la pathologie tumorale, voire même mis en danger la vie de l'assuré ?

La réponse est clairement non. Après la pose d'un drainage des voies biliaires (interne ou PTCD), il convient d'attendre quelques jours afin de corriger la valeur systémique de la bilirubine, de

manière à améliorer la fonction hépato-biliaire/état de coagulation. C'est pourquoi, généralement, on préfère planifier la date de l'opération dans le déroulement [ndlt : déroulement/processus thérapeutique, je présume]. Après l'établissement du diagnostic du cancer du pancréas, la durée d'attente en Suisse varie assez souvent entre 1 et 2 semaines, selon les capacités hospitalières. Dans certains pays, il n'est pas rare de devoir attendre entre 4 et 6 semaines. De ce point de vue et dans le cas présent, le pronostic oncologique n'aurait pas été influencé. Seule la formation d'une cholangite aiguë avec septicémie pourrait éventuellement engager le processus vital, mais en règle générale, une antibiothérapie empirique est administrée avant l'apparition de la septicémie.

4. Dans quel délai l'opération (opération de Whipple) aurait dû être réalisée sans aggraver le pronostic ?  
Veuillez svp vous référer au point 3.

Appréciation personnelle :

Nos confrères à [...] ont fait du bon travail dans le cadre de ce cancer avancé du pancréas avec infiltration vasculaire. Le patient précité a pu sortir de la clinique le 14<sup>ème</sup> jour après l'opération. La morbidité postopératoire dans les centres expérimentés est d'env. 40 % et la mortalité < 5 %. Les problèmes postopératoires importants pouvant survenir après une opération de Whipple sont les fistules pancréatiques (5-15 %), les fuites biliaires [ndlt : ou : écoulements biliaires] (0.4-8 %), le saignement postopératoire (1-8 %) et la lenteur de la vidange gastrique accompagnée de la reprise difficile d'une alimentation normale (19-23 %), laquelle est en général réversible après 14 jours. Dans env. 5 % des cas, une nouvelle laparotomie est nécessaire. Si ceci avait été le cas chez le patient précité et qu'il avait ensuite présenté des complications, son séjour à la clinique aurait été beaucoup plus long et, comme c'est le cas généralement, le patient aurait passé plusieurs jours aux soins intensifs. »

Le 21 avril 2016, par son conseil, le recourant s'est opposé à la décision du 9 mars 2016. Il a en particulier invoqué la violation de son droit d'être entendu relativement à l'interpellation du Prof. Z.\_\_\_\_\_, à laquelle il n'avait pas été invité à participer. Il a en outre contesté que la valeur probante d'un tel rapport soit supérieure à celle des rapports de la Dresse F.\_\_\_\_\_ et qu'un retour sur un vol médicalisé reste dans un rapport raisonnable en regard du coût du traitement à l'étranger. Il a également relevé la violation du devoir de renseignement de l'assureur, conformément à l'art. 27 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1).

Par décision sur opposition du 11 juillet 2016, A.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 9 mars 2016 refusant l'octroi

de ses prestations pour certains soins ambulatoires effectués le 11 août 2015, pour l'hospitalisation du 12 au 26 août 2015 et pour les soins ambulatoires dispensés jusqu'au 18 septembre 2015.

**B.** Par acte du 5 septembre 2016, A.J.\_\_\_\_\_, toujours représenté par son conseil Me Monnard Séchaud, a recouru contre cette décision. Il a conclu principalement à sa réforme en ce sens qu'A.\_\_\_\_\_ soit tenue de prendre en charge les traitements médicaux du 11 août 2015 au 18 septembre 2015 au titre de l'assurance obligatoire des soins, pour un montant de 87'450 fr., subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à A.\_\_\_\_\_ pour complément d'instruction dans le sens des considérants. A l'appui de son recours, il a allégué qu'un retour en Suisse n'était envisageable ni sous l'angle médical ni d'un point de vue économique. En effet, sous l'angle médical, seule la Dresse F.\_\_\_\_\_ l'avait examiné. Il a relevé l'aspect inapproprié d'apprécier la question de l'urgence médicale a posteriori. S'agissant du rapport d'expertise des Drs Z.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, tout en en contestant la forme (l'assuré n'ayant pas été consulté pour leur transmettre des questions complémentaires et ignorant le lien qui les unissait à l'intimée), l'intéressé a relevé que ces derniers avaient réservé dans leur rapport l'appréciation de la première doctoresse. Du point de vue économique, le recourant a indiqué qu'un retour par le biais d'un vol médicalisé organisé par la K.\_\_\_\_\_ ascendait à 109'619 fr. et devait être approuvé d'un point de vue médical, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence. L'assuré a encore soutenu que l'intimée avait violé son devoir de renseignement et de conseils au sens de l'art. 27 LPG. En effet, l'assuré et ses proches, en particulier son épouse, avaient à plusieurs reprises informé sans tarder l'intimée de l'hospitalisation en urgence, sans qu'A.\_\_\_\_\_ n'attire leur attention sur le fait que les frais de traitement prodigué à l'étranger ne pouvaient être remboursés que si la condition d'urgence était remplie. Le recourant a prétendu en conséquence qu'aucune réserve n'avait été donnée à cet égard et qu'au contraire, les notices téléphoniques de l'assureur indiquaient que ce dernier avait uniquement informé que les prestations de soins fournies sur sol étranger étaient remboursées à concurrence du double du tarif suisse.

Il a requis une copie des déclarations de sinistre remplies par son épouse via le site internet d'A. \_\_\_\_\_ les 5 et 11 août 2015.

Dans sa réponse du 10 octobre 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que le recourant avait prolongé son séjour à [...] jusqu'au 14 novembre 2015 de manière volontaire, dans l'idée d'être soigné sur place. Selon le médecin-conseil de l'intimée, ainsi que le [réd. : les] Prof. X. \_\_\_\_\_ [réd. : et Z. \_\_\_\_\_] - dont le rapport était un second avis médical, et non une expertise - le recourant était susceptible de rentrer en Suisse pour que soit exécutée l'opération de Whipple. Entre les soins prodigués en urgence et l'hospitalisation du 12 au 26 août 2015 relative à ladite opération, rien ne permettait d'admettre une incapacité à voyager ou prendre l'avion sur une longue distance. Par ailleurs, A. \_\_\_\_\_ a contesté avoir violé son devoir de renseignement. Elle a ajouté n'avoir jamais reçu de déclarations de sinistre en ligne prétendument effectuées par l'épouse du recourant les 5 et 11 août 2015.

Par réplique du 2 novembre 2016, le recourant a maintenu ses réquisitions d'instruction, de même que ses conclusions. Il a notamment contesté que le courrier du 14 août 2015 constitue la première annonce de sinistre, ainsi que le fait de se faire soigner à [...] ait pu faire partie d'une quelconque volonté de sa part. Il a en outre relevé l'omission de l'intimée de rappeler que les Drs Z. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ s'étaient référés à l'avis du médecin se trouvant sur place et confirmé la pertinence des rapports de la Dresse F. \_\_\_\_\_. Le recourant a en outre expliqué l'omission de faire appel à son assurance rapatriement par le fait que l'intimée ne l'avait nullement informé du fait que si un retour en Suisse était possible, les traitements risquaient de ne pas être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire de base.

Dans sa duplique du 5 décembre 2016, A. \_\_\_\_\_ a maintenu les termes de sa réponse, considérant que c'est de manière volontaire que le recourant avait choisi de se faire soigner à [...], entouré de sa famille et que dès lors, les conditions à la prise en charge des frais du traitement effectué à l'étranger n'étaient pas réunies.

En réponse à la requête du 16 février 2017 de la juge en charge de l'instruction, l'intimée a informé, le 23 février 2017, qu'elle n'était en possession d'aucune déclaration de sinistre remplie en ligne par l'épouse du recourant.

Lors de l'audience d'instruction du 2 mai 2017, les parties, ainsi que l'épouse et la fille du recourant, ont été entendues. L'intéressé a indiqué que la durée initiale du séjour devait être d'un mois, qu'entre le 26 août et le 18 septembre 2015, il avait poursuivi sa chimiothérapie à [...], sans qu'A.\_\_\_\_\_, malgré qu'elle en était informée, ne lui impose de rentrer pour l'exécuter en Suisse. S'agissant de son état de santé, il a expliqué avoir perdu 25 kg les trois premières semaines de la maladie, qu'il avait été, outre la panique, dans un piètre état physique et que les médecins lui avaient déconseillé de rentrer en raison des risques de perforation. L'intimée a quant à elle produit une appréciation tarifaire du 11 décembre 2015 d'un montant de 17'065 fr. 10 représentant le coût des prestations dans un hôpital public suisse des soins reçus par A.J.\_\_\_\_\_.

A la suite de cette audience les parties se sont déterminées. Le 23 mai 2017, A.\_\_\_\_\_ a déclaré n'avoir aucune remarque à formuler. Le recourant a indiqué dans ses écritures du 24 mai 2017 que l'audition des témoins avait permis de confirmer ses allégations précédentes. Il a relevé que l'estimation tarifaire produite en audience avait été établie de manière unilatérale, sans précision suffisante sur la façon dont avait été envisagée cette estimation et demandait dès lors que soit soumise à un hôpital public une évaluation indépendante des coûts.

### **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 (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 compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). Elle prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a).

**b)** La question litigieuse est celle du droit du recourant à la prise en charge, par l'assureur maladie de base, des soins dispensés à [...] entre le 11 août et le 18 septembre 2015 (opération de Whipple et chimiothérapie), suite à la découverte d'un cancer du pancréas, alors qu'il était en vacances avec sa famille. Les soins prodigués sur place, entre le 2 et le 12 août 2015 afin de traiter la jaunisse obstructive qui s'était déclarée, à l'exception d'une consultation, d'une échographie et des

analyses de laboratoire effectuées en vue de l'opération planifiée le 15 août 2015, ont quant à eux fait l'objet d'une prise en charge par l'intimée.

**3. a)** 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 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 (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<sup>ère</sup> 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\_65/2003 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). Selon l'art. 36 al. 4 OAMal, les prestations visées aux al. 1 et 2 de cette disposition sont prises en charge

jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse.

**b)** 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).

**4.** Dans le cas d'espèce, la question de l'existence en Suisse d'un traitement approprié ne se pose pas, seules les questions de l'urgence du traitement et de l'exigibilité du retour doivent en conséquence être examinées.

L'audience d'instruction a permis de confirmer que l'assuré séjournait à cette période à [...] pour des vacances en famille au cours desquelles il était prévu de fêter l'anniversaire de son épouse et célébrer [...]. L'intéressé était entouré de sa belle-famille, de sa fille et sa petite-fille qui arrivaient de Suisse le 2 août 2015, ainsi que de son fils vivant en [...]. La durée du séjour initialement prévue devait être d'environ un mois, comme l'ont indiqué de manière concordante l'épouse et la fille du recourant lors de l'audience. L'assureur a d'ailleurs admis que ce séjour n'avait pas pour objectif de recevoir des soins médicaux, puisqu'il a pris en charge le traitement de la jaunisse obstructive, ainsi que le coût des soins ambulatoires administrés jusqu'au 12 août 2015 en raison de complications dues à la fuite du drain. Il conteste en revanche que

l'opération de Whipple et les séances de chimiothérapie puissent être considérées comme un traitement urgent à sa charge. Rien ne permet cependant d'admettre à l'instar de ce que laisse entendre l'assureur, que le séjour du recourant au-delà de cette date ne se justifiait que par sa volonté de rester auprès de sa belle-famille et de son fils pour la poursuite du traitement. En effet, non seulement son fils ne réside pas à [...] mais encore lui-même et son épouse vivent en Suisse avec leur fille et petite-fille, qu'ils ont coutume de garder (cf. audition de la fille du recourant, B.J.\_\_\_\_\_). On ne voit en conséquence pas pour quelles raisons le recourant aurait préféré séjourner auprès de sa belle-famille plutôt que chez lui en Suisse, auprès de sa fille et petite-fille, voire de ses amis et l'on ne saurait quoi qu'il en soit en déduire un motif permettant d'exclure la prise en charge.

Sur le plan médical, se fondant sur le rapport de son médecin généraliste conseil, l'intimée a considéré que l'opération de Whipple et les soins préparant le recourant à cette intervention ne pouvaient être considérés comme urgents, le recourant étant en mesure de rentrer en Suisse dès le 6 août 2015 pour y subir cette intervention (cf. rapport médical du 16 décembre 2015 du Dr G.\_\_\_\_\_). Or, ce médecin, comme il l'a lui-même reconnu, ne dispose pas de la spécialisation nécessaire lui permettant une évaluation précise de la situation, raison pour laquelle il a sollicité l'avis d'un médecin spécialiste de la chirurgie viscérale en la personne du Prof. Z.\_\_\_\_\_. Un premier avis a été demandé par courriel à ce dernier, lequel a répondu, le 23 février 2016, en se fondant uniquement sur un bref résumé de la situation exposé par le Dr G.\_\_\_\_\_, sans disposer du dossier médical de l'assuré (cf. courriels du 22 février 2016 du Dr G.\_\_\_\_\_ et du 23 février 2016 du Prof. Z.\_\_\_\_\_). Pour cette raison, la décision d'A.\_\_\_\_\_ du 9 mars 2016 - qui ne fait au demeurant pas mention du courriel du 23 février 2016 du Prof. Z.\_\_\_\_\_ - précédant le rapport du 15 mars 2016 des Prof. Z.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ est déjà critiquable. L'avis du Dr G.\_\_\_\_\_ du 16 décembre 2015 est au demeurant contredit non seulement par les faits eux-mêmes puisque des complications sont survenues suite à la pose du drain au-delà du 6 août 2015, mais encore par les rapports de la Dresse F.\_\_\_\_\_, chirurgienne

traitante, spécialiste en chirurgie hépato-pancréato-biliaire et de transplantation du foie, en particulier celui du 18 décembre 2015, postérieur à celui du médecin-conseil.

Outre le fait que la Dresse F.\_\_\_\_\_ dispose des spécialisations nécessaires à l'évaluation de la situation, il convient de relever qu'elle a, contrairement aux médecins-conseils consultés, examiné et suivi le recourant lors de ses différentes hospitalisations, de sorte qu'elle est ainsi la mieux à même d'évaluer l'état de santé de son patient pour un retour à domicile. A cet égard, dans son rapport du 18 décembre 2015, elle a attesté d'une péjoration de l'état clinique de ce dernier, sous forme notamment de fatigue importante, d'un manque d'appétit, d'hypotension artérielle et d'une dysfonction rénale révélée par une augmentation importante de la créatinine, contredisant, médicalement parlant, un retour en Suisse. Le constat médical de cet état de faiblesse et de fatigue extrême a en outre été confirmé lors de l'audience, d'une part par l'épouse du recourant, laquelle a exposé qu'il ne mangeait pas, était tout le temps couché, que la digestion et le transit se faisaient avec difficulté, et d'autre part par sa fille, qui a déclaré qu'après la première hospitalisation du 6 août 2015, son père était extrêmement affaibli, qu'il fallait le soutenir pour descendre les escaliers, qu'il avait constamment la tête qui tournait et ne mangeait presque pas. Le recourant lui-même a évoqué la perte de 25 kg en trois semaines au début de sa maladie, son piètre état et le fait que les médecins lui avaient recommandé de ne pas rentrer en raison d'un risque de perforation.

L'avis de la Dresse F.\_\_\_\_\_ n'est en outre pas contredit par celui des Prof. Z.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, contrairement à ce que semble penser l'intimée. En effet, ces derniers indiquent qu'avec la pose d'un drainage percutané des voies biliaires, et une tension artérielle normale - ce qui n'était pas le cas du recourant - il est possible d'entreprendre un vol long-courrier. Ils ont par ailleurs précisé que l'état général du patient était déterminant et qu'il convenait d'être sur place pour pouvoir en juger précisément. Les spécialistes consultés se sont ainsi prononcés en faveur de la seule compétence de la Dresse F.\_\_\_\_\_ pour évaluer de

l'opportunité d'un retour. S'agissant de l'aggravation du pronostic de la pathologie tumorale, les Prof. Z. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ se sont exprimés de manière négative. Ils ont cependant relevé qu'il convenait d'attendre quelques jours afin de corriger la valeur systémique de la bilirubine permettant l'amélioration de la fonction hépato-biliaire, raison pour laquelle on préférerait généralement planifier l'opération dans le déroulement de ce premier traitement. Dans le cas d'espèce, l'opération s'est ainsi inscrite dans la continuité d'un processus thérapeutique adéquat, auprès de spécialistes qualifiés et compétents ayant accompli un bon travail, ainsi que l'ont confirmé les Prof. Z. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_. Sur la base des rapports du médecin spécialisé sur place, il est hautement vraisemblable que le retour du recourant n'était pas exigible. La pancréatoduodénectomie s'inscrivant dans la continuité du traitement de la jaunisse obstructive, on ne pouvait exiger du recourant, compte tenu de son état de santé, qu'il reporte son traitement pour subir en Suisse l'opération avec le risque supplémentaire, même faible, de voir se développer une cholangite aiguë avec septicémie, engageant le processus vital.

On peut enfin également s'interroger sur le fait de savoir si une interruption de ce processus thérapeutique à ce stade n'aurait pas engendré des frais supplémentaires superflus qui, combinés à un retour sur vol médicalisé, rendait inapproprié le retour sur le plan économique également.

**5. a)** Sous réserve de l'art. 9 qui ne trouve pas application en l'espèce, la LAMal ne contient pas de disposition spécifique régissant le devoir d'information des organes d'application, de telle sorte qu'il convient de se référer à l'art. 27 LPGA.

Aux termes de cette disposition, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus, dans les limites de leur domaine de compétence, de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Outre cette obligation d'information générale, l'al. 2 prévoit également que chacun a le droit d'être conseillé,

en principe gratuitement, sur ses droits et obligations, les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations étant compétents à cet égard.

Ce devoir de conseil de l'assureur social comprend l'obligation de rendre la personne intéressée attentive au 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 qui a besoin des conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur-maladie (Gebhard Eugster, ATSG und Krankenversicherung : Streifzug durch Art. 1-55 ATSG, RSAS 2003 p. 226 ; du même auteur, Krankenversicherung, in Soziale Sicherheit, SBVR, 3<sup>ème</sup> éd., n. 1528 ss p. 863). Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique (arrêt K 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 3.3, in SVR 2007 KV n° 14 p. 53 et la référence). Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (Ulrich Meyer, Grundlagen, Begriff und Grenzen der Beratungspflicht der Sozialversicherungsträger nach Art. 27 Abs. 2 ATSG, in Sozialversicherungsrechtstagung 2006, n° 35, p. 27).

**b)** 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 de sa part qui peut, à certaines conditions, obliger l'autorité 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) (ATF 131 V 472 consid. 5).

D'après 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).

**6. a)** En plus du constat que le retour en Suisse n'était pas exigible pour les raisons évoquées au consid. 4 supra, s'ajoute encore la question du devoir d'information de l'assurance.

Le recourant a respecté son devoir d'informer sans tarder l'intimée de son hospitalisation, son épouse ayant téléphoné à A. \_\_\_\_\_ le lendemain, soit le 3 août 2015. L'intimée ne soutient d'ailleurs pas le contraire puisque la note téléphonique de l'assurance confirme les dires du recourant. Conformément à cette note qui consigne l'entretien et à l'instar de ce qu'allègue le recourant, le collaborateur d'A. \_\_\_\_\_ a renseigné l'épouse de l'intéressé sur l'étendue de la prise en charge des frais médicaux (double du tarif hospitalier public en Suisse), tout en lui demandant de lui remettre les documents ou rapports médicaux en langues nationales ou en anglais. Rien au dossier ne permet en revanche d'admettre que l'attention de l'épouse du recourant eût été attirée à ce stade sur la question de l'urgence, condition sine qua non de la prise en charge des frais de traitement à l'étranger, ni sur la possibilité éventuelle

d'un rapatriement médicalisé. Que le collaborateur du service étranger soit formé spécifiquement à ces questions, comme l'a relevé Madame U.\_\_\_\_\_, responsable du service des frais à l'étranger de l'intimée, lors de l'audience du 2 mai 2017 et que son travail soit justement de renseigner les assurés à ce sujet, ne rend pas plus vraisemblable que l'information ait en l'occurrence été correctement donnée à l'épouse du recourant. Cette absence d'information est d'autant plus vraisemblable que Monsieur D.\_\_\_\_\_ et Madame S.\_\_\_\_\_ qui ont, à la demande de l'épouse de l'intéressé, également appelé l'assurance le 11 août 2015 pour s'enquérir de la réception de la déclaration de sinistre, se sont vu répondre de manière identique, le collaborateur d'A.\_\_\_\_\_ marquant même un certain agacement à répéter pour la troisième fois la même chose (cf. note téléphonique d'A.\_\_\_\_\_ créée le 3 août 2015). A ce stade, si une confirmation de prise en charge du cas ne pouvait certes pas encore être donnée, il appartenait déjà à l'assurance d'attirer l'attention de son assuré sur le fait que seuls les traitements urgents ne permettant raisonnablement pas d'attendre un retour en Suisse étaient à sa charge. L'intimée, bien consciente de ce devoir, forme au demeurant spécifiquement ses collaborateurs à ces questions, comme l'a indiqué Madame U.\_\_\_\_\_ à l'audience précitée.

Ne s'estimant toutefois pas suffisamment informée par l'intimée, l'épouse du recourant affirme avoir complété, de sa propre initiative, les 5 et 11 août 2015, deux déclarations de sinistre en ligne, pour lesquelles elle n'a jamais reçu d'accusé de réception. Malgré une recherche de l'assurance dans son système informatique, ces documents n'ont pas pu être retrouvés et les photos de l'écran d'ordinateur produites par le recourant sont trop floues pour fonder valablement cet envoi. La réception de ces déclarations de sinistre peut cependant rester incertaine puisque, n'ayant aucune confirmation de réception de la part de l'intimée, l'épouse du recourant lui a écrit en recommandé le 14 août 2015, lui demandant de l'instruire de la procédure correcte à suivre et des formalités à accomplir en attendant la fin du traitement et leur retour en Suisse. L'épouse de l'intéressé ayant pris soin d'annexer à ce courrier un rapport médical de la Dresse F.\_\_\_\_\_ du 11 août 2015 attestant du

diagnostic d'adénocarcinome de la tête du pancréas, du traitement effectué et des traitements à venir (prochaine pancréatoduodénectomie et chimiothérapie après récupération de l'intervention chirurgicale), l'assurance disposait à ce stade, certes de manière succincte mais dans une mesure suffisante, des éléments médicaux permettant de constater que la prise en charge pouvait déjà apparaître comme douteuse, en particulier s'agissant de la chimiothérapie. Dans ce rapport, la Dresse F.\_\_\_\_\_ se proposait de surcroît de transmettre toute autre information en cas de besoin. Constatant que le recourant était sur le point d'agir dans une mesure qui pouvait nuire à ses intérêts, il appartenait à l'assureur à ce stade de réagir immédiatement en le rendant attentif au fait qu'il s'exposait à un refus de prise en charge si le même traitement pouvait raisonnablement être réalisé en Suisse. Le fait, ainsi que l'a indiqué à l'audience Monsieur W.\_\_\_\_\_, juriste au sein de l'intimée, que ce courrier ne soit arrivé que le 21 août 2015 chez cette dernière, alors que l'opération avait déjà eu lieu, n'y change finalement rien.

Confortant au contraire le recourant dans le fait que sa façon de faire était correcte, l'intimée lui a répondu le 27 août 2015, dans un délai que l'on peut néanmoins qualifier de raisonnable, qu'il lui appartenait de s'acquitter des factures sur place et de les lui remettre à son retour en Suisse. Si on ne peut toujours pas reprocher à l'intimée de n'avoir pas confirmé une quelconque prise en charge, il faut admettre en revanche qu'elle pouvait déjà se rendre compte du risque que prenait l'assuré de perdre son droit aux prestations. Il lui appartenait ainsi de transmettre une information adéquate, en interpellant au besoin sans délai son médecin-conseil afin d'obtenir un avis médical relatif à l'urgence des traitements annoncés.

Perpétuant encore le sentiment du recourant d'avoir fait les choses correctement, après réception des factures en lien avec le traitement, transmises le 29 septembre, l'intimée, le 21 octobre 2015, s'est contentée d'en accuser réception. Elle a cependant enfin envoyé au recourant le formulaire de déclaration de sinistre à l'étranger. Ce n'est

finalement que le 11 décembre 2015 qu'elle a donné au recourant une information adéquate relative à l'art. 36 al. 2 OAMal.

Compte tenu de ce qui précède, l'intimée, en s'abstenant de renseigner sans délai le recourant sur les conditions de prise en charge des traitements effectués à l'étranger, ne lui a pas permis de prendre conscience de la limite de ses droits dans son cas particulier. Au contraire l'assurance, agissant dans le cadre de ses compétences, a conforté l'intéressé dans le fait que sa façon d'appréhender les choses était correcte. A plus forte raison encore que le recourant s'est spontanément et sans délai acquitté de ses obligations (déclarer le sinistre, transmettre un rapport médical) et a toujours envoyé rapidement les documents réclamés par l'assurance. Il s'est de surcroît enquis de la façon correcte de procéder, sans que l'intimée ne donne suite à cette demande. En fin de compte, cette absence de renseignement l'a, de bonne foi, poussé à poursuivre les traitements, alors qu'une information adéquate lors du premier entretien téléphonique lui aurait à tout le moins permis de choisir de retarder son opération et en tous les cas suite au courrier d'A. \_\_\_\_\_ du 27 août 2015 de revenir en Suisse pour entreprendre le traitement de chimiothérapie. Les frais à sa charge s'en seraient trouvés massivement allégés. Le devoir d'information de l'assurance était d'autant plus pertinent que le contexte émotionnel dans lequel se trouvait l'assuré, à qui l'on venait d'annoncer un cancer virulent, sans rémission possible, qui devait être opéré au plus tôt, ainsi qu'il l'a expliqué lors de l'audience, ne permettait pas d'exiger de lui qu'il entreprenne spontanément d'autres démarches que celles qu'il a correctement effectuées.

En l'occurrence, le processus mis en place par l'assureur s'agissant de son devoir d'information lors d'une annonce de sinistre à l'étranger s'est avéré défaillant. En ne donnant pas les renseignements adéquats lors de l'entretien téléphonique mais en tous cas lors de son premier courrier du 27 août 2015, l'intimée a créé une insécurité qui ne permettait pas à l'assuré d'user correctement de son droit.

Il résulte de ce qui précède que les conditions auxquelles le recourant peut se prévaloir de sa bonne foi en relation avec le devoir de conseil de l'art. 27 al. 2 LPGA sont réalisées. En conséquence, le principe de la prise en charge par l'assurance des frais relatifs au traitement prodigué à [...] (en particulier l'opération de Whipple et la chimiothérapie), ce jusqu'au 18 septembre 2015, doit être admis. En effet, ce n'est qu'en décembre 2015 qu'elle a finalement transmis les renseignements adéquats relativement à l'art. 36 OAMal.

**b)** Conformément à l'art. 36 al. 4 OAMal, il appartiendra encore à l'intimée, la mieux à même pour ce faire, de fixer le montant des soins. Cette dernière devra ainsi instruire sur le coût d'un tel traitement dans un hôpital public en Suisse, en transmettant cas échéant les factures produites par l'assuré à un organisme susceptible de lui fournir cette information. Le document qu'A.\_\_\_\_\_ a transmis à l'audience portant sur un montant de 17'065 fr. 10 ne saurait en l'état fonder cette prise en charge, tant il est vrai qu'il ne constitue qu'une estimation générale qui n'est pas basée sur l'examen détaillé du cas particulier de l'assuré.

On relèvera néanmoins d'ores et déjà que les soins administrés par les médecins [...] n'apparaissent pas sans rapport avec la réalité puisque le recourant a quitté l'hôpital le 6 août 2015, le temps du drainage de la bile, avec pour incidence vraisemblable la réduction des coûts d'hospitalisation. De même le traitement chirurgical, dont les Prof. Z.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ ont spontanément relevé l'excellence, a permis au recourant de quitter la clinique le quatorzième jour après l'opération, sans engendrer des coûts hors de toute relation avec le traitement de la maladie.

**7. a)** Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision sur opposition litigieuse annulée, le dossier étant pour le surplus retourné à A.\_\_\_\_\_ pour qu'elle fixe le montant des soins à prendre en charge conformément à l'art. 36 al. 4 OAMal.

Compte tenu du fait qu'il appartient en premier lieu à l'assurance de fixer le montant de la prise en charge conformément à la LAMal, il n'y a pas lieu de donner suite à ce stade à la requête d'instruction du recourant.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'une avocate, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD). En l'occurrence, il se justifie d'allouer une indemnité de 3'000 fr. à titre de dépens, débours et TVA compris, portée à la charge de l'intimée qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 11 juillet 2016 par A.\_\_\_\_\_ est réformée, en ce sens que l'intimée doit prendre en charge les frais relatifs aux traitements dispensés à A.J.\_\_\_\_\_ à [...] du 11 août 2015 au 18 septembre 2015.
- III.** A.\_\_\_\_\_ est invitée à fixer le montant des soins à prendre en charge conformément à l'art. 36 al. 4 OAMal.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
- V.** A.\_\_\_\_\_ versera à A.J.\_\_\_\_\_ la somme de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour A.J. \_\_\_\_\_)
- A. \_\_\_\_\_
- 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 :