

S2 13 68

JUGEMENT DU 8 OCTOBRE 2015

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et
Christophe Joris, juges ; Pierre-André Moix, greffier

en la cause

X_____, recourant, représenté par Maître M_____

contre

Y_____ SA, intimée

(traitement à l'étranger, art. 34 al. 2 LAMal, art 36 al. 1 OAMal)

Faits

A. X_____, né le xxx, était assuré auprès de Y_____ SA pour l'assurance obligatoire des soins.

En février 2008, l'assuré a été victime d'un accident de ski ayant entraîné un traumatisme crânio-cérébral (TCC) avec commotion cérébrale, nausées et vomissements, ces troubles s'étant estompés après un ou deux mois, des crises céphalalgiques récidivantes restant toutefois présentes à raison d'un ou deux épisodes par mois.

B. Le 6 janvier 2011, le Dr A_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué au Dr B_____, FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, que ce dernier disait supporter ses céphalées et qu'il se plaignait également de lombalgies basses, une discrète protrusion discale en L4-L5 et L3-L4 ayant été révélée par un scanner lombaire pratiqué en janvier 2009. Il a en outre précisé que les examens neurologique détaillé et électroencéphalographique étaient normaux.

Dans un IRM cérébral et conduits auditifs internes du 15 février 2011 effectué par l'Institut de radiologie de C_____, il a été constaté qu'il n'y avait pas d'anomalies sur les rochers, pas de neurinome ou de conflit neuro-vasculaire visible. La présence d'un kyste arachnoïdien temporal interne gauche était relevée, étant précisé qu'il était difficile de le mettre en relation avec les symptômes, ce genre de kyste étant en principe asymptomatique. Le radiologue constatait une position assez basse des amygdales cérébelleuses avec des critères limites du point de vue positionnel, sans disparition cependant des espaces liquidiens péri-bulbo-médullaires de manière nette, sans non plus être très amples. Proposition a donc été faite, au vu de la difficulté d'attribuer une symptomatologie clinique à ces constatations, d'effectuer une étude des flux du liquide céphalo-rachidien sur la charnière crânio-cervicale.

Le 25 février 2011, le Dr D_____, médecin-chef du service de neurochirurgie de l'Hôpital de C_____ a confirmé la présence d'un kyste arachnoïdien face interne du lobe temporal à gauche, a constaté que les examens neurologiques et ORL étaient normaux et a ainsi conclu à l'absence d'indication neurochirurgicale.

A la suite d'une hospitalisation du 8 au 11 mars 2011 à l'Hôpital de C_____ pour cause de céphalées chroniques rebelles aux antalgiques, le Dr E_____, FMH en pédiatrie et spécialiste en neuropédiatrie, a relevé dans son compte-rendu du 14 mars

suivant que les céphalées s'étaient intensifiées depuis une chute en snowboard le 6 février précédent et que les examens effectués avant son entrée à l'hôpital étaient revenus dans la norme. Il évoquait en outre une importante composante psychologique et conseillait aux parents de consulter un pédopsychiatre.

Après avoir examiné l'assuré le 14 mars 2011, le Dr F_____, médecin adjoint au service de neurochirurgie de l'Hôpital G_____, a constaté que l'examen neurologique était normal et que le kyste arachnoïdien était de petite taille et n'exerçait aucun effet de masse. Il a également relevé que la grande citerne était toute petite et que les amygdales étaient un peu basses, sans revêtir nettement les critères pour une anomalie de Chiari de type I. Il a estimé qu'un examen de l'ensemble de la moelle épinière serait utile et que si cet examen était normal, aucun autre traitement ne devrait être mis en œuvre concernant cette légère descente des amygdales avant un nouveau contrôle à prévoir une année plus tard.

Un IRM cervico-dorso-lombaire a donc été effectué le 29 mars 2011 par le département d'imagerie diagnostique et interventionnelle de l'Hôpital de C_____, (Dr H_____), lequel a conclu à la suspicion d'une malformation d'Arnold Chiari de type I et à l'absence de sténose canalaire constitutionnelle ou acquise au niveau du rachis cervical ou lombaire, aucune anomalie des corps vertébraux et du cul-de-sac dural lombosacré n'étant relevée.

Dans son rapport du 2 mai 2011 faisant suite à son examen clinique du 11 avril précédent, le Dr I_____, neurologue FMH, a constaté que l'examen neurologique n'était pas strictement normal et que la question des premières manifestations symptomatiques et cliniques d'une anomalie transitionnelle de type Arnold Chiari I paraissait pertinente. Il a cependant considéré comme prématuré d'envisager une craniectomie occipitale compte tenu de l'âge du patient et du fait que les rapports anatomiques de la transition cranio-cervicale étaient encore susceptibles d'évoluer. Il a donc préconisé d'obtenir un avis universitaire, lequel a eu lieu chez le Prof. J_____ le 16 mai suivant.

Dans un nouvel IRM du 9 mai 2011, le Dr K_____ n'a relevé aucun argument en faveur d'une malformation d'Arnold Chiari de type I.

Le 23 mai 2011, le Dr J_____ a indiqué au Dr I_____ que la citerne occipitale était très petite mais qu'il n'y avait pas de descente des amygdales et donc pas de malformation d'Arnold Chiari de type I. Il a dès lors expliqué aux parents de l'assuré qu'il ne recommandait pas d'intervention pour agrandir la citerne occipitale et a

conclu en soulignant qu'il y avait certainement une importante surcharge psychologique avec une pression énorme de la part des parents.

Un IRM et des radiographies du rachis cervical et lombaire, effectués les 25 et 27 mai 2011 par le Centre d'imagerie de L_____, n'ont rien révélé d'anormal.

Les parents de l'assuré ayant décidé de faire examiner leur fils à l'étranger, un avis a été demandé au Dr N_____, neurochirurgien auprès de l'Institut scientifique O_____ à P_____ (Italie). Ce dernier a déclaré dans un rapport du 29 mai 2011 que des examens complémentaires devaient être effectués afin de déterminer l'opportunité d'une intervention chirurgicale tout en précisant qu'il existait une hernie des amygdales du cervelet.

Un autre avis a été sollicité auprès de l'institut Q_____ à R_____ (USA). Le Dr S_____, neurochirurgien, a retenu dans son rapport du 6 juin 2011 une malformation d'Arnold Chiari de type I, ajoutant que les amygdales cérébelleuses étaient très épaisses et diagnostiquant un syndrome d'Ehler-Danlos. Il a dès lors conseillé une décompression de la fosse postérieure.

Dans un courriel du 16 juin 2011 faisant suite à une demande des parents de X_____, le Dr S_____ a indiqué qu'en raison de l'épaisseur particulière des amygdales cérébelleuses, une résection sous piale était préférable à une décompression standard.

Le 8 juillet 2011, le Dr T_____ s'est adressé au médecin conseil de l'assureur-maladie de X_____ en lui exposant que compte tenu du diagnostic (controversé) de malformation d'Arnold Chiari de type 0-1, deux écoles s'affrontaient : la première, européenne, qui préconisait une craniotomie de décompression et une nord-américaine qui proposait plutôt une résection des amygdales cérébelleuses. Il ajoutait que le Dr S_____ aurait également diagnostiqué un syndrome d'Ehler-Danlos. Constatant que cette résection ne se faisait pas en Suisse et que le coût de l'intervention était estimé à plus de 100 000 dollars US, il a précisé que les parents l'avaient sollicité afin d'appuyer cette requête auprès de leur caisse-maladie, pour une prise en charge partielle ou totale des coûts, mais a conclu sur le fait qu'il ne pouvait se prononcer sur la situation qu'il considérait comme complexe, faute d'expérience.

Par courrier du 14 juillet suivant, le père de l'assuré a expliqué au médecin-conseil de Y_____ que faute de centre de référence concernant la malformation d'Arnold Chiari en Suisse, il avait pris l'initiative d'aller consulter l'institut Q_____ à

R_____, spécialiste en la matière. Les neurochirurgiens de cet établissement avaient confirmé le diagnostic de malformation d'Arnold Chiari et préconisé une résection sous piele en plus d'une décompression de la fosse postérieure, cette dernière intervention étant jugée insuffisante selon l'expérience de ces chirurgiens en raison de l'épaisseur des amygdales cérébelleuses de son fils. Il a enfin souligné que ce dernier avait dû cesser de fréquenter l'école depuis le mois de février 2011 en raison de ses maux de tête.

Le 25 juillet 2011, Y_____ a demandé au père de l'assuré de lui fournir tous les rapports médicaux nécessaires.

Par avis du 27 juillet suivant, le Dr I_____ a fait savoir au Prof. J_____ que les parents avaient consulté des spécialistes à P_____ et à R_____ et que devant les avis convergents de ces médecins, ils avaient décidé de pratiquer l'intervention, le risque opératoire étant faible. Il a ajouté qu'il n'avait pu que les conforter dans leur décision, son avis étant de toute manière secondaire.

Le 1^{er} août 2011, le Dr AA_____, neurochirurgien à l'hôpital BB_____ à CC_____ a posé le diagnostic de malformation d'Arnold Chiari de type I et a précisé avoir discuté avec la famille de l'assuré des différentes options thérapeutiques incluant, dans un premier temps, un suivi clinique et neuroradiologique et dans un deuxième temps une intervention de décompression crano-cervicale.

Le 11 août 2011, le Dr DD_____ de l'hôpital EE_____ de FF_____ a évoqué la possibilité de faire opérer le patient par le Dr S_____ à FF_____.

Un rapport émanant du Dr GG_____ du département diagnostic par imagerie de l'Université de HH_____ du 14 septembre 2011 a précisé que les IRM qu'on lui avait soumis étaient compatibles avec une malformation d'Arnold Chiari de type I.

Le 23 septembre 2011, le Dr II_____, spécialiste en neurologie à JJ_____, a relevé la présence d'une apnée du sommeil qui n'expliquait pas tous les troubles présentés et pouvait également, selon la littérature médicale, se retrouver dans les symptômes d'une malformation d'Arnold Chiari de type I et aussi dans ceux d'un éventuel syndrome post-traumatique.

Après une consultation ambulatoire du 26 septembre 2011, le Prof. J_____ a maintenu son avis selon lequel l'intéressé ne souffrait pas d'une malformation d'Arnold Chiari de type I typique.

La solution d'une opération à KK_____ par le Dr S_____ n'ayant pas pu être mise en œuvre, les parents ont décidé de faire opérer leur fils à l'institut Q_____ à R_____. Par courrier du 3 octobre 2011, ils ont ainsi réitéré leur demande de prise en charge de cette intervention par Y_____.

C. Dans une communication du 2 novembre 2011, Y_____ a informé les parents de l'assuré qu'elle refusait de prendre en charge cette opération, au motif qu'il s'agissait d'un traitement sans caractère urgent démontré et dont l'efficacité, l'adéquation et l'économicité n'étaient pas prouvées.

Représentés par son assurance de protection juridique, le père de X_____ a précisé à Y_____ le 1^{er} février 2012 que les frais de l'intervention à R_____ devaient être pris en charge en application de l'article 36 alinéa 1 OAMal, le traitement proposé ne pouvant être administré en Suisse, et non pas en application de l'alinéa 2 de cette disposition qui prévoit les cas de traitements urgents à l'étranger.

Le 24 février 2012, une IRM effectuée par le Dr LL_____ du Centre de radiologie de MM_____ a conclu à la présence d'une malformation d'Arnold Chiari de type I avec compression minimale des amygdales mais non du tronc cérébral.

Y_____ a rendu une décision formelle en date du 28 février 2012, dans laquelle elle a refusé la prise en charge de l'intervention planifiée à R_____.

L'assuré s'y est opposé le 30 mars suivant, expliquant que les soins dont il était question ne pouvaient être fournis en Suisse et qu'il n'y existait pas non plus d'alternative efficace.

Malgré ce refus, X_____ a été opéré à l'institut Q_____ à R_____ le 3 juillet 2012. Dans un avis du 10 août 2012, le Dr I_____ a indiqué que le succès opératoire était total et que l'intervention ne s'était accompagnée d'aucune complication.

Sur demande de l'assureur-maladie, l'assuré lui a transmis le protocole opératoire le 30 janvier 2013, expliquant que la méthode choisie l'avait été en raison du syndrome d'Ehler-Danlos dont il souffrait également.

Dans un avis à l'assureur du 19 avril 2013, le Dr NN_____, spécialiste FMH en chirurgie, a précisé que ses confrères suisses n'avaient pas médicalement indiqué l'opération en question et a conseillé à l'assurance de refuser la prise en charge de l'intervention du 3 juillet 2012. Il a expliqué que dite opération ne respectait pas la

condition de l'économie, étant donné qu'elle avait été devisée à plus de 100 000 dollars US. Il a qualifié cette méthode « d'avant-gardiste » et a considéré que l'éventuel syndrome d'Ehler-Danlos n'était pas prépondérant dans le choix de l'intervention, dès lors que les articulations C0-C1 n'étaient que peu concernées. Il a également ajouté qu'en cas d'indication opératoire, une prise en charge efficace, adéquate et économique aurait été possible en Suisse sous la forme d'une décompression C0-C1, laquelle pouvait être devisée à 10 000 francs suisses.

Reprenant ces arguments, Y_____ a rejeté l'opposition de l'assuré par décision du 15 mai 2013.

D. X_____ a interjeté recours césans contre la décision sur opposition le 17 juin 2013, concluant à la prise en charge des frais de traitement dont il avait bénéficié auprès de l'institut Q_____ à R_____. Il a maintenu que l'opération qu'il avait subie était la seule possibilité d'obtenir un résultat thérapeutique suffisant et qu'elle n'était pas pratiquée en Suisse. Il a ajouté que cette intervention remplissait les critères d'adéquation et d'efficacité prévus par l'article 32 LAMal et que du point de vue de l'économie, il convenait de comparer les coûts engendrés par les traitements avant son opération et après celle-ci. Il a enfin sollicité la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer la nécessité de l'intervention subie et l'impossibilité de la réaliser en Suisse ainsi que la tenue d'une audience.

Y_____ a produit son dossier et sa réponse au recours le 4 novembre 2013, en concluant au rejet de ce dernier. Elle a rappelé que les médecins suisses du recourant n'avaient posé aucune indication opératoire, et qu'en choisissant de se faire opérer à l'étranger, il avait contrevenu à ses devoirs contractuels prévus par ses conditions générales qui prévoient dans leur article 4 chiffre 4 que l'assuré doit observer les prescriptions du fournisseur de prestations. Elle a en outre considéré que les critères d'économie, d'adéquation et d'efficacité n'étaient pas remplis et que les conditions de l'article 36 alinéa 1 OAMal permettant un traitement à l'étranger n'étaient pas satisfaites. Elle a enfin estimé que la tenue d'une audience n'était pas nécessaire.

Le recourant a répliqué le 15 janvier 2014 et maintenu ses conclusions en contestant le fait que l'indication opératoire n'avait pas été donnée par les médecins traitant suisses, citant en particulier le Dr I_____. Il a également une nouvelle fois souligné que la présence du syndrome d'Ehler-Danlos justifiait le choix de l'opération telle qu'elle avait été pratiquée à R_____ et a persisté dans sa demande de débats publics.

Dans sa duplique du 13 février 2014, l'intimée a répété que le recourant s'était rendu de son plein gré et sans prescription du Dr I _____ en KK _____ et à R _____, de sorte que l'absence d'indication opératoire par des médecins suisses devait être reconnue. Elle a à nouveau rejeté la demande d'expertise présentée par le recourant en soulignant la valeur probante de l'avis du Dr NN _____ et a ainsi requis le rejet de toutes les mesures d'instruction proposées par le recourant.

Le recourant a déposé de nouvelles observations le 30 juin 2014 en répétant ses arguments et ses offres de preuve. L'intimée s'est brièvement déterminée sur cette dernière écriture le 6 août 2014.

Le 23 juillet 2015, la mandataire du recourant ainsi que l'intimée ont été cités à l'audience de débats publics fixée au 28 septembre suivant.

Le 22 septembre 2015, Me M _____ a demandé que son client puisse être auditionné lors de l'audience de débats publics. La Cour de céans lui a répondu le lendemain qu'il était d'usage d'auditionner brièvement les parties si ces dernières le requéraient.

Lors de l'audience du 28 septembre 2015, X _____ a ainsi été entendu. Il a en substance affirmé que sa situation médicale actuelle était bonne et qu'il suivait sans difficulté la dernière année du collège. Me M _____ a quant à elle plaidé sur les moyens de preuve requis, soulignant la nécessité d'une expertise afin de clarifier les diagnostics posés et la nécessité qu'il y avait d'opérer son client. Elle a répété sa requête de production des factures des traitements subis avant et après l'opération afin de pouvoir comparer les coûts pré et post-opératoires. Elle a enfin conclu en se référant à ses écritures. La représentante de l'intimée s'est limitée à se rapporter aux mémoires déposés en cours de procédure (cf. procès-verbal d'audience de débats publics du 28 septembre 2015 notifié aux parties avec le présent jugement).

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 LAMal, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000 s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal n'y déroge expressément.

Posté le 17 juin 2013, le présent recours contre la décision sur opposition du 15 mai précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA). Le recours répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière

2.1 Le litige porte sur la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des frais de traitement liés à l'intervention chirurgicale subie par X_____ à R_____, le 3 juillet 2012.

2.2 Aux termes de l'article 25 alinéa 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.

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, des chiropraticiens ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2 let. a).

L'article 25a alinéa 1 LAMal prévoit en outre que l'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux.

L'article 32 alinéa 1 LAMAL dispose enfin que les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques, l'efficacité devant être démontrée selon des méthodes scientifiques.

2.3 Selon l'article 34 alinéa 2 LAMal, le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévus aux articles 25 alinéa 2 ou 29 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales (première phrase). Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'article 36 OAMal, intitulé « Prestations à l'étranger ». Selon l'alinéa 1^{er} de cette disposition, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux articles 25 alinéa 2 et 29 de la loi 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. Dans ce cas, les prestations sont prises en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait

été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse (al. 4). Le DFI, suivant en cela des recommandations de la Commission fédérale des prestations générales, s'est abstenu d'établir une liste, opération qui n'était pas réalisable en pratique (voir ATF 128 V 75).

Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le non-établissement de cette liste ne faisait pas obstacle, d'une manière générale et absolue, à la prise en charge de traitements à l'étranger qui ne peuvent être fournis en Suisse. En effet, la règle légale est suffisamment précise pour être appliquée. Il convient toutefois de s'assurer d'une part que la prestation - au sens des article 25 alinéa 2 et 29 LAMal - répondant aux critères d'adéquation ne puisse réellement pas être fournie en Suisse et d'autre part que les critères d'efficacité et d'économicité soient également pris en compte (ATF 128 V 75 consid. 4).

2.4 L'efficacité, l'adéquation et l'économicité de traitements fournis en Suisse par des médecins sont présumées (cf. art. 33 al. 1 LAMal a contrario ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 283 sv. consid. 3). Une exception au principe de la territorialité selon l'article 36 alinéa 1 OAMal en corrélation avec l'article 34 alinéa 2 LAMal n'est admissible que dans deux éventualités du point de vue de la LAMal. 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 (RAMA 2003 n° KV 253 p. 231 consid. 2). Il s'agira, en règle ordinaire, de traitements qui requièrent une technique hautement spécialisée ou de traitements complexes de maladies rares pour lesquelles, en raison précisément de cette rareté, on ne dispose pas en Suisse d'une expérience diagnostique ou thérapeutique suffisante (Eugster, *Krankenversicherung*, in: *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2^{ème} éd. 2007, ch. 480). 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'article 34 alinéa 2 LAMal. C'est pourquoi les avantages minimes, difficiles à estimer ou encore contestés d'une prestation fournie à l'étranger, ne constituent pas des raisons médicales au sens de cette disposition; il en va de même du fait qu'une clinique à l'étranger dispose d'une plus grande expérience dans le domaine considéré (RAMA 2003 n° KV 253 p. 231 consid. 2).

Une interprétation stricte des raisons médicales doit être de mise (Guy Longchamp, *Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale*, thèse,

Lausanne 2004, p. 262). Il convient en effet d'éviter que les patients ne recourent à grande échelle à une forme de « tourisme médical » à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. A cet égard, il ne faut pas perdre de vue que le système de la LAMal est fondé sur le régime des conventions tarifaires avec les établissements hospitaliers. Une partie du financement des hôpitaux repose sur ces conventions (art. 49 LAMal). Ce serait remettre en cause ce financement - et la planification hospitalière qui lui est intrinsèquement liée - que de reconnaître aux assurés le droit de se faire soigner aux frais de l'assurance obligatoire dans un établissement très spécialisé à l'étranger afin d'obtenir les meilleures chances de guérison possibles ou de se faire traiter par les meilleurs spécialistes à l'étranger pour le traitement d'une affection en particulier. A terme, cela pourrait compromettre le maintien d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale en Suisse, essentiel pour la santé publique. C'est une des raisons d'ailleurs pour lesquelles l'assuré n'a pas droit, en l'absence de raisons médicales, au remboursement d'un montant équivalent aux frais qui auraient été occasionnés si le traitement avait eu lieu en Suisse. En ce sens l'assuré ne peut pas se prévaloir du droit à la substitution de la prestation (ATF 131 V 271 consid. 3.2).

3.1 En l'espèce, il ressort des pièces du dossier qu'avant de prendre la décision de se faire opérer à R_____, aucun médecin suisse n'a posé d'indication opératoire pour la pathologie dont souffre le recourant.

Si différents avis médicaux du dossier ont bien constaté une position assez basse des amygdales cérébelleuses (IRM du 15 février 2011, avis du Dr F_____ du 17 mars 2011), les médecins traitants helvétiques de l'intéressé ont estimé que cette particularité ne nécessitait pas une intervention chirurgicale. Le Dr I_____ a en effet constaté dans son avis du 2 mai 2011 que l'examen neurologique n'était pas strictement normal et que la question des premières manifestations symptomatiques et cliniques d'une anomalie transitionnelle de type Arnold Chiari type I était pertinente. Nonobstant ce constat, il a considéré que compte tenu du jeune âge du recourant, lequel était encore en pleine croissance, les rapports anatomiques de la transition craniale-cervicale pouvaient encore évoluer, avec parallèlement, les rapports anatomiques entre les amygdales cérébelleuses et le foramen magnum. Dès lors, il a estimé qu'une craniectomie occipitale était prématurée mais a également souligné que l'avis du Prof J_____ serait d'une grande importance.

Ce dernier, dans son avis du 23 mai 2011, a déclaré que la citerne occipitale était de petite taille mais qu'il n'y avait pas de descente des amygdales et donc pas de

malformation d'Arnold Chiari. Il a dès lors recommandé aux parents de l'assuré de ne pas intervenir chirurgicalement.

Ne se satisfaisant pas de ces explications, les parents se sont tournés vers des spécialistes étrangers. Le seul spécialiste ayant véritablement souscrit à la chirurgie telle qu'elle a été effectuée, à savoir la résection sous piele des amygdales cérébelleuses en plus d'une décompression de la fosse postérieure, est le neurochirurgien qui a pratiqué l'opération, soit le Dr S_____. Plusieurs autres praticiens ont effectivement confirmé la présence d'une malformation d'Arnold Chiari sans pour autant poser d'indication opératoire claire. Le Dr AA_____, neurochirurgien à CC_____, était d'avis que dans un premier temps il convenait de procéder à un suivi clinique et neuroradiologique et éventuellement, dans un second temps, à une intervention (avis du 1^{er} août 2011). Le Dr N_____ de P_____, premier spécialiste consulté par le recourant en dehors de la Suisse le 29 mai 2011, indiquait qu'il convenait de mettre en œuvre un bilan multidisciplinaire afin de se décider pour une éventuelle option chirurgicale.

En choisissant de se tourner vers des spécialistes étrangers alors que ceux établis en Suisse avaient conclu à l'absence d'indication opératoire, les parents du recourant ont en outre contrevenu aux conditions générales de l'assurance-maladie, lesquelles disposent que l'assuré doit observer les prescriptions du fournisseur de prestations admis et qu'il ne peut amener celui-ci à effectuer ou prescrire des traitements ou des contrôles inutiles ou non économiques (Dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal éditées par les sociétés d'assurance membre du Groupe Mutuel, art. 4 ch. 4).

Le recourant tente de mettre à son crédit l'avis du Dr I_____ du 27 juillet 2011 en indiquant que ce praticien aurait approuvé le diagnostic d'Arnold Chiari de type I et les suites à y donner. Il s'avère qu'en fait le Dr I_____ indique dans ce courrier adressé au Prof. J_____ que les parents sont tenaces et qu'il n'a pu que les conforter dans leur décision, notamment en raison du faible risque opératoire, son avis étant de toute manière secondaire. On ne peut cependant déduire de cette écriture que le Dr I_____ a soutenu de manière active l'intervention programmée à R_____, son attitude devant plutôt se comprendre comme de la compréhension vis-à-vis des intentions des parents de son jeune patient. Le Dr I_____ ne fait d'ailleurs pas état dans cet avis de la nécessité de l'opération, pas plus qu'il ne revient sur sa première prise de position du 2 mai précédent dans laquelle il considérait qu'une craniectomie était prématurée.

Dès lors, faute d'indication opératoire des médecins suisses, il apparaît que les coûts du traitement prodigué à R_____ par le Dr S_____ ne doivent pas être mis à la charge de l'assurance obligatoire des soins et c'est donc à juste titre que l'intimée a refusé d'en assumer le remboursement.

3.2 La Cour de céans considère en outre que dans le cas d'espèce, une opération à l'étranger n'aurait pas pu être mise à la charge de l'assurance-maladie même en cas d'indication opératoire par des médecins suisses.

Il apparaît en effet que l'opération effectuée a été qualifiée d'avant-gardiste et qu'une opération, sous la forme d'une décompression C0-C1, aurait été possible en Suisse, le Prof. J_____ pratiquant ce type d'intervention.

Selon l'appréciation du Dr NN_____, FMH en chirurgie et médecin-conseil de l'intimée, le fait que l'assuré souffre du syndrome d'Ehler-Danlos n'était pas prépondérant dans le choix de l'opération pratiquée, les articulations C0-C1 n'étant que peu concernées. En outre, compte tenu du fait que le prix de l'opération aux Etats-Unis était devisé à plus de 100 000 dollars, le critère d'économie prévu par l'article 32 alinéa 1 LAMal n'est pas rempli, ce d'autant plus que le Dr NN_____ a indiqué dans son avis du 19 avril 2013 que la décompression pratiquée en Suisse n'était pas plus risquée que l'opération du Dr S_____ et que son prix avoisinait les 10 000 francs.

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

Compte tenu de ces éléments, la Cour de céans juge que l'avis du Dr NN_____ peut être suivi, ses conclusions étant claires, cohérentes et motivées, son avis étant de surcroît soutenu par la littérature médicale. Au surplus, aucune critique étayée médicalement ne vient invalider l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée et son indépendance n'est pas remise en cause.

L'avis du Dr S_____, chirurgien opérateur du recourant, doit être examiné avec plus de circonspection, dès lors qu'il émane d'un médecin traitant, lequel est, selon la jurisprudence, plus enclin à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 352 consid. 3a). On constatera enfin que

finalement, seuls les médecins de l'institut Q_____ se sont clairement positionnés sur l'intervention qui a effectivement été pratiquée, tous les autres praticiens s'étant exprimés ayant penché soit pour une décompression classique, soit pour une absence d'intervention.

Au vu de l'ATF 131 V 271 précité, une prise en charge de l'opération subie le 3 juillet 2012 à R_____ par l'assurance obligatoire des soins n'apparaît ainsi pas possible, les avantages de la technique appliquée par le Dr S_____ étant controversés et l'alternative d'une intervention helvétique étant présente à des conditions acceptables tant du point de vue de la sécurité du patient que du point de vue économique.

3.3 Compte tenu de ce qui précède, il convient également de rejeter la demande d'expertise présentée par le recourant.

La mise en œuvre d'une telle démarche ne saurait en tout état de cause occulter le fait que les parents du recourant ont pris seuls l'initiative de se tourner vers des praticiens étrangers nonobstant l'absence d'indication opératoire en Suisse.

En outre, le diagnostic de malformation d'Arnold Chiari - au demeurant contesté - ne pourrait à lui seul justifier le fait que l'opération se soit déroulée en dehors de Suisse, dès lors qu'un traitement sous la forme d'une décompression de la fosse postérieure existait en Suisse à un coût nettement moindre et que de l'avis du Dr NN_____, la présence du syndrome d'Ehler-Danlos ne justifiait pas de renoncer à l'intervention telle qu'elle était pratiquée par le Prof. J_____.

On ne voit dès lors pas en quoi une expertise permettrait de mettre en évidence des éléments justifiant la prise en charge par Y_____ du traitement subi à R_____, même si cette dernière admettait la présence de la malformation d'Arnold Chiari.

3.4 S'agissant de la production des factures relatives aux traitements subis par le recourant depuis 2008, requise en relation avec le critère d'économicité prévu par l'article 32 alinéa 1 LAMal, elle est également inutile.

La Cour de céans considère en effet qu'en application du principe de l'appréciation anticipée des preuves (ATF 136 I 229 consid. 5.3), il n'est pas nécessaire de procéder à une comparaison des coûts avant et après l'intervention litigieuse, dès lors que l'indication opératoire d'un médecin suisse n'était pas donnée et que même si la

nécessité d'un acte chirurgical était avérée, une solution sur sol helvétique restait possible à des coûts nettement plus raisonnables.

4. Au vu de ces éléments, la Cour considère qu'il n'appartient pas à l'assurance obligatoire des soins de prendre en charge l'opération subie par X_____ à R_____ le 3 juillet 2012 et ses suites. Le recours doit donc être rejeté et la décision entreprise, confirmée.

5. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens (art. 61 let. a et g a contrario LPGA).

Prononce

1. Le recours est rejeté
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 8 octobre 2015