

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 novembre 2016

Composition : Mme THALMANN, juge unique
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourante, représentée par Me Joël Crettaz, avocat à
Lausanne,

et

U._____, à [...], intimée.

Art. 24, 25, 32 et 34 al. 2 LAMal ; 36 al. 2 OAMal

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1941, est affiliée auprès d'U._____ (ci-après : U._____, la caisse ou l'intimée), membre du [...], pour l'assurance obligatoire des soins, risque accident inclus, avec en 2015 une franchise annuelle de 500 francs.

Par déclaration d'accident du 18 mars 2015, reçue par U._____ le 31 mars 2015, l'assurée a annoncé avoir été victime d'un accident le 30 décembre 2014, à [...], en Croatie. Elle a expliqué avoir glissé en marchant et s'être retenue à une balustrade. Sous la rubrique « blessure », elle a indiqué avoir ressenti une douleur importante allant du dos à la jambe droite, ainsi que dans la hanche et être restée bloquée. Y étaient annexés divers rapports médicaux rédigés en croate, ainsi que les factures émises par des établissements médicaux en Croatie relatifs aux traitements reçus par l'assurée pour la période du 1^{er} janvier au 2 mars 2015, pour une somme totale de 72'975.65 kuna croate (HRK), dont le détail est le suivant :

- Deux factures relatives à un séjour du 1^{er} au 7 janvier 2015 au sein de la Clinique J._____, pour un montant de 3'750 HRK (correspondant à 588.75 fr.) et de 8'033.15 HRK (correspondant à 1'261 fr. 60) ;

- Deux factures pour un séjour du 22 au 23 janvier 2015 au sein de la Clinique Q._____, d'un montant de 3'000 HRK (correspondant à 471 fr.) et de 8'900 HRK (correspondant à 1'397 fr. 30) ;

- Facture pour un traitement dispensé le 23 janvier 2015 auprès de la Policlinique F._____, pour un montant de 1'242.50 HRK (correspondant à 195 fr. 05) ;

- Deux factures relatives à un séjour du 3 au 10 février 2015 au sein de la Clinique Q._____, d'un montant de 6'800 HRK (correspondant à 919 fr. 35) et de 32'400 HRK (correspondant à 4'380 fr. 55) ;

- Deux factures relatives à un séjour du 26 février au 2 mars 2015 au sein de la Clinique Q._____, d'un montant de 7'000 HRK (correspondant à 970 fr. 90) et de 850 HRK (correspondant à 117 fr. 90).

Le 31 mars 2015, U._____ a réceptionné un rapport du Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, daté du 18 mars 2015, dont il ressort notamment ce qui suit :

« S._____ est victime d'une chute le 30 décembre dernier. Des douleurs lombaires motivent des investigations qui montrent un canal lombaire étroit L3-L5. Une laminectomie L5, foraminectomie L4 et L5 bilatérale est réalisée le 1^{er} janvier. Devant la persistance des douleurs une infiltration a lieu le 22 janvier. La résolution des plaintes est obtenue dans un autre centre de soins par une nouvelle laminectomie L4-L5, décompression de la dure mère et fixation transpédiculaire postéro latérale L3-L5 le 2 février.

[...]

S._____ devant se rendre en Croatie, la physiothérapie de reconditionnement et de tonification lombaire à sec et en piscine doit être poursuivie.

Ses antécédents consistent en :

2014 : Intervention sur les voies lacrymales.
2013 : Pose de bandelette pour incontinence urinaire
2012 : Cure de hallux valgus bilatéral
2010 : Reprise de la cure de presbytie.
2009 : Cure de presbytie bilatérale.
1991 : Brulûre du 3^o degré suite à un accident de la voie publique avec cicatrices chéloïdes.

Elle est suivie pour une ostéoporose, une incontinence urinaire et des polypes du colon avec dysplasie de haut grade ».

Dans un questionnaire intitulé « Traitement médical à l'étranger » signé le 14 avril 2015 et reçu par la caisse le 21 avril suivant, l'assurée a indiqué avoir séjourné en Croatie du 18 décembre 2014 au 16 mars 2015, date de son retour en Suisse, puis être repartie en Croatie le

21 mars 2015. Elle a pour le surplus renvoyé à la déclaration d'accident précédemment transmise à U._____, ainsi qu'aux factures qui y étaient annexées, précisant par ailleurs que le traitement se poursuivait depuis le 1^{er} janvier 2015, puisqu'elle effectuait des séances de physiothérapie depuis deux semaines. L'intéressée a en outre spécifié qu'elle et son mari avaient un domicile à [...], en Croatie.

Le 24 avril 2015, U._____ a interpellé son médecin-conseil, la Dresse R._____, spécialiste en médecine interne générale. Par avis du 30 avril 2015, cette dernière a répondu par la négative à la question de savoir si la première opération était une urgence. Elle a également estimé que les trois autres opérations ne représentaient pas des urgences et que ces interventions auraient pu attendre le retour de l'assurée en Suisse. La Dresse R._____ a conclu sa prise de position par un refus de prise en charge des prestations à l'étranger, au motif qu'il n'y avait pas d'urgence selon les informations dont elle disposait.

Le 15 mai 2015, U._____ a adressé à l'assurée un décompte de prestations (n° [...]) relatif aux frais médicaux encourus en Croatie pour la période du 1^{er} janvier au 2 mars 2015, pour un montant total de 10'458 fr. 95 (correspondant à 72'975.65 HRK). Aux termes de ce document, la caisse a refusé de rembourser la totalité des frais précités, motif pris que ces frais se rapportaient à des traitements volontaires qui ne relevaient pas de l'assurance obligatoire des soins.

Par courrier du 27 mai 2015, U._____ a formellement signifié à l'assurée le refus de prise en charge des prestations dans les termes suivants :

« [...] nous vous informons que l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger selon l'article 36, alinéa 2 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal). 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.

Pour nous déterminer, nous avons pris en considération l'avis de notre médecin-conseil. Celui-ci nous confirme que le traitement médical suivi en Croatie ne relève pas des dispositions légales précitées. En effet, il s'agit d'un traitement volontaire sans caractère urgent démontré.

Sur le base de ces éléments, nous nous voyons malheureusement dans l'obligation de vous confirmer notre refus de prise en charge de [c]es prestations par le biais de l'assurance obligatoire des soins conformément à notre décompte de prestations n° [...] du 15 mai 2015 ».

Le 24 juin 2015, l'assurée a, par l'intermédiaire de sa fille W._____, contesté la prise de position d'U._____. Selon l'argumentation développée dans cette correspondance, W._____, avait téléphoné en urgence à l'assurance le premier jour ouvrable de janvier pour annoncer l'accident de sa mère survenu fin décembre 2014 et ayant nécessité une hospitalisation et une opération d'urgence en raison d'un blocage du dos et de douleurs insupportables. A cela s'ajoutait que le médecin traitant de l'assurée, le Dr V._____, avait lui aussi immédiatement été informé. L'assurée relevait encore ce qui suit : « Très sincèrement est ce que quelqu'un voudrait se faire opérer le 1^{er} janvier !? si cela n'est pas en urgence ».

Par décision du 27 juillet 2015, U._____ a confirmé le refus de prise en charge des traitements effectués à l'étranger conformément au décompte de prestations n° [...]. La caisse a en substance réitéré les motifs invoqués dans son écrit du 27 mai 2015 et a notamment souligné, s'agissant de l'absence de caractère urgent, qu'un retour en Suisse aurait été possible.

Le 12 août 2015, l'assurée s'est opposée à la décision précitée. Se basant sur la lettre du Dr V._____ du 18 mars 2015, elle a soutenu n'avoir jamais eu, avant son accident du 30 décembre 2014, de traitement ou autre diagnostic démontrant qu'elle aurait planifié l'opération. Elle a par ailleurs fait valoir que la première opération avait eu lieu le 1^{er} janvier car les douleurs étaient insupportables et que, s'il n'y avait pas eu urgence, elle serait rentrée en Suisse où elle aurait consulté son médecin traitant afin d'être dirigée vers des spécialistes dans ce pays,

au lieu d'être opérée par un médecin qu'elle ne connaissait pas, avec la peur au ventre. L'assurée a également relevé être partie en Croatie avec sa famille pour les fêtes de fin d'année afin de rendre visite à sa mère et non pour se faire opérer. L'intéressée a finalement estimé que le fait de séjourner chez son mari lors de ses séjours en Croatie ne pouvait constituer une preuve qu'il n'y avait eu ni accident, ni urgence.

Par avis du 20 août 2015, la Dresse R. _____ a indiqué que l'on ne pouvait pas souffrir d'une sténose du canal lombaire suite à une quasi-chute, mais qu'il s'agissait d'un problème chronique. A la question de savoir s'il était commun d'opérer une sténose du canal lombaire deux jours après les premières douleurs sachant qu'aucune consultation n'avait été effectuée le jour de l'accident - soit le 30 décembre 2014 -, le médecin-conseil a répondu par la négative, précisant à nouveau qu'il n'y avait pas d'urgence.

On extrait d'un avis à l'assureur établi le 21 septembre 2015 par la Dresse R. _____ notamment ce qui suit :

« Pièces à disposition :

- Rapport médical du 7 janvier 2015 à la Clinique J. _____ ;
- Rapport médical du 16 janvier 2015 de la Policlinique F. _____ ;
- Rapports médicaux des 26 février 2015 de la Clinique Q. _____.
- Lettre du docteur V. _____ à Lausanne du 18 mars 2015

Diagnostic :

- Sténose du canal lombaire L3- L5

Traitement proposé par le médecin traitant :

- Laminectomie L5
- Foraminectomie L4 et L5 bilatérale
- Infiltration

Constations / remarques particulières :

N/A

Conclusion :

Sur la base des indications médicales en ma possession, je constate que Madame S. _____ a été hospitalisée du 1^{er} au 7 janvier 2015 à la Clinique J. _____ en Croatie pour une Sténose du canal lombaire L3 -L5, suite à une chute survenue le 30 décembre 2014 en Croatie. Une laminectomie L5 et une foraminectomie L4 et L5 bilatérale ont

été réalisées. Elle a ensuite bénéficié d'une infiltration suite à ses douleurs le 22 janvier 2015. Madame S. _____ a été à nouveau hospitalisée à trois reprises à la Clinique Q. _____ du 22 au 23 janvier 2015, du 3 au 10 février 2015 et du 26 février au 2 mars 2015 pour le même genre d'intervention, soit laminectomie et foraminectomie en raison de douleurs persistante ainsi que des suites de la sténose du canal lombaire L3 - L5.

Après lectures des pièces médicales remises, j'atteste qu'il s'agit d'un problème chronique qui ne peut pas survenir après une chute et qui ne s'opère pas en urgence. De plus, les hospitalisations ainsi que les traitements effectués à Madame S. _____ en Croatie entre le 1^{er} janvier et le 2 mars 2015 en Croatie, ne relèvent pas d'une urgence au sens de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et un retour en Suisse aurait été approprié ».

Par décision sur opposition du 16 novembre 2015, la caisse a rejeté l'opposition du 12 août 2015 et confirmé sa décision du 27 juillet 2015. Se référant à l'avis de son médecin-conseil, elle a considéré que les traitements médicaux effectués du 1^{er} janvier au 2 mars 2015 en Croatie ne justifiaient pas une prise en charge des prestations par l'assurance obligatoire des soins étant donné qu'un retour était possible en Suisse, où les traitements auraient été adéquats, économiques et appropriés. Pour la caisse, il était en effet clairement établi qu'il s'agissait d'un traitement volontaire à l'étranger, sans caractère urgent démontré.

B. Par acte du 16 décembre 2015, S. _____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à son annulation. La recourante reprend en substance les arguments avancés dans son opposition du 12 août 2015. Elle fait également valoir que, contrairement à la position défendue par U. _____, son retour en Suisse n'était pas possible, dans la mesure où elle ne parvenait pas à marcher sans aide plus que quelques minutes. Elle soutient en outre que les traitements reçus étaient tous adéquats, économiques et appropriés.

Dans sa réponse du 15 février 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle relève que l'assurée prétend s'être bloqué le dos et avoir ressenti des douleurs insupportables le 30 décembre 2014 mais que les premiers soins - parmi lesquels une opération - lui ont été prodigués seulement deux jours plus tard, soit le 1^{er} janvier 2015. L'intimée souligne

également que le caractère urgent de ce traitement n'est confirmé par aucune constatation médicale et que, selon la Dresse R._____, un diagnostic de sténose du canal lombaire ne peut être dû à une chute mais relève d'un problème chronique qui ne s'opère pas deux jours après les premières douleurs. Elle considère ainsi que le critère d'urgence n'est pas réalisé s'agissant des soins prodigués du 1^{er} au 7 janvier 2015. Elle estime qu'il en va de même s'agissant des traitements postérieurs, comme l'a confirmé la Dresse R._____. Partant, l'intimé retient que les conditions légales de prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des traitements à l'étranger ne sont pas réalisées.

Par réplique du 11 mai 2016, la recourante, désormais représentée par son conseil, a confirmé ses conclusions, en ce sens que l'intimée doit être astreinte à prendre à sa charge les frais de traitements qui ont été prodigués en Croatie entre le 1^{er} janvier et le 2 mars 2015 à hauteur de 10'458 fr. 95. Elle soutient que le rapport de sortie du 7 mars 2015 confirme une consultation en urgence - qui n'était en aucune façon prévue à l'avance - et la nécessité d'une intervention chirurgicale immédiate. Aux dires de la recourante, l'urgence est également confirmée par le fait que l'opération a eu lieu le jour même de son admission à la Clinique J._____. Elle estime en outre que la qualification de l'événement du 30 décembre 2014 - en tant qu'accident - est sans importance pour la résolution du litige. Aux dires de la recourante, peu importe que le traitement ait porté sur une sténose du canal lombaire, - soit une maladie chronique -, dès lors que la cause des soins importe peu. L'intéressée conteste également la valeur probante des avis de la Dresse R._____, en tant que celle-ci s'est contentée de répondre dans un style télégraphique et de manière manuscrite à des questions orientées. Elle précise enfin que les rapports médicaux établis par les médecins croates n'étant pas traduits, le médecin-conseil de la caisse n'a pas pu les apprécier de manière correcte et complète. S'agissant des traitements postérieurs à la première hospitalisation, la recourante soutient qu'ils ne sont que la continuité de la première urgence et qu'aucun rapport médical n'atteste qu'elle aurait retrouvé un état de santé qui lui aurait permis de rentrer en Suisse.

La recourante produit, à l'appui de sa réplique, la traduction française des rapports médicaux suivants :

- Une lettre de sortie du 7 janvier 2015 établie par les Drs M. _____ et T. _____, spécialistes en neurochirurgie au sein de la Clinique J. _____, à [...] dont il résulte notamment ce qui suit :

« Soignée dans notre établissement du 01/01/2015 au 07/01/2015, formulaire d'inscription 2015/000005

Diagnostic :

Sténose du canal lombaire L3/L5

Opération :

01/01/2015 / 1-II/
Laminectomie L4 décompressive
Foraminotomie L4 et L 5 bilat
Drainage

De l'anamnèse et statuts :

La patiente fut reçue dans le département en vue d'un traitement chirurgical. Premier séjour.

La patiente souffre de douleurs dans la colonne vertébrale, douleurs qui se sont ces derniers temps intensifiées et prolongées jusqu'aux deux jambes, surtout à droite. Sur la radio de la colonne vertébrale, on aperçoit une sténose du canal lombaire L3/L5. Les découvertes neuroradiologiques et l'image clinique montrent le besoin d'un traitement chirurgical.

Statut : consciente, toucher et sens de l'orientation. Se déplace seule, marche antalgique. Se déplace sur les talons et la pointe des pieds. RAT plus faible à droite. Lasèque positif des deux côtés à 60°. Contrôle le sphincter.

Résultats :

Decursus : la patiente fut opérée le 01/01/201, il fut procédé à une coupure nette du derme et de l'épiderme. Sous anesthésie générale et placée sur le ventre. Après toilette et traitement stérile, fut pratiquée sur la partie à opérer une ouverture linéaire du derme et de l'épiderme, la musculature fut rendue squelette des vertèbres L3 à L5, des deux côtés. Apparaissent des extensions pointues et des lamines. Il fut procédé à une laminectomie décompressive de la vertèbre L4 et une foraminotomie des L4 et L5 des deux côtés afin d'atteindre une décompression totale des racines apparentes du sac durai. S'ensuivit la mise en place d'un drain 10 et la suture de la plaie en couches.

Opération et processus postopératoire normaux. Plaie normale, entièrement per primam, drain retiré. La patiente est mobilisée à l'aide du physiothérapeute, se sent subjectivement bien, statut neurologique inchangé. Douleurs antérieures en régression.

Conclusion :

La patiente se sent subjectivement bien et est donc rendue à son domicile à condition d'éviter les efforts dynamiques et statiques. Nous recommandons un suivi de convalescence dans un centre thermal. Th analgésique pp restée th identique comme jusqu'alors. Nous recommandons de retirer les points le samedi 10/01/2015. Suivi neurochirurgical après convalescence en infirmerie le mercredi, sur rendez-vous. En cas de dégradation, retourner immédiatement à l'hôpital. Conseils oraux donnés. »

- Un rapport du 16 janvier 2015 établi par le Dr Z._____, spécialiste en radiologie au sein de la Policlinique F._____, à [...], dont il ressort que l'assurée a passé un examen des vertèbres par imagerie par résonance magnétique (IRM) le même jour. Ce rapport mentionne également que l'assurée ressentait parfois, après une promenade, des douleurs dans la partie lombaire de la colonne vertébrale qui s'amplifiaient puis diminuaient et qu'elle était venue consulter en raison d'une progression des symptômes. Le Dr Z._____ a posé la conclusion de diagnostic stationnaire en dehors de la zone opérée et recommandé à l'assurée de consulter un neurochirurgien ;

- Une lettre de sortie établie le 2 mars 2015 par les Drs A._____ et G._____, spécialistes en neurochirurgie, auprès de la Clinique Q._____, dont il ressort notamment ce qui suit :

« Anamnèse :

La patiente fut admise à la clinique de neurochirurgie pour constipation et rétention d'urine.

Il s'agit en fait d'une patiente déjà hospitalisée dans notre clinique pour la dernière fois entre le 04/02 et le 10/02/2015. Le 04/02/2015 fut procédé à une relaminectomie LV et une laminectomie LIV, décompression du sac dural et fixation transpédiculaire LII-LV postérolatérale. Dans les derniers jours avant hospitalisation, ventre extrêmement tendu et distendu, selles constipées et miction difficile. Plusieurs fois avant admission, la patiente connut des vomissements, elle nie tout autre problème. Désormais subjectivement mieux. Dans notre clinique fut procédé le 22/01/2015 à une infiltration de la racine nerveuse LV. La patiente

fut donc opérée le 01/01/2015 au Centre Hospitalier de [...], opération au cours de laquelle fut procédé à une laminectomie de la vertèbre LV et une foraminotomie LIV et LV des deux côtés, pour plus de détails voir la documentation médicale en pièces jointes.

Elle réfute toute allergie à un quelconque médicament. Elle ne suit aucun traitement continu, hormis les analgésiques prescrits.

Statut :

Lors de son admission la patiente était consciente, avait le sens du toucher, de l'orientation dans l'espace et le temps, GCS = 15, indépendante dans ses mouvements. Pupilles isochores, photoréaction normale. Bulbomotricité normale, aucun nystagmus, largeur du champ de vision et d'orientation normale. Elle nie toute double vision. Statut des autres nerfs crâniens normal. Force motrice propre des extrémités supérieures conservée, réduite pour les extrémités inférieures dans le pied droit par myotomie LIV et LV. Marche sur le talon impossible, conservée sur la pointe des pieds. MTR main 2 +, pied droit 0, gauche 1+. Aucune perte de sensibilité. En position AG, elle tient normalement ses extrémités supérieures, on voit une baisse sensible de la jambe droite. Romberg stable, dans les tentatives de coordination sans dissymétrie. Contrôle normale des sphincters. Lasèque droit positif pour 70°, négatif à gauche.

Decursus :

Au vu des informations ci-dessus, la patiente est admise à la clinique pour une étude détaillée du processus opératoire. Lors de son séjour à la clinique, on effectua à la patiente un IRM de la vertèbre LS qui montre l'état par rapport au processus opératoire, sans développement de complications nécessitant un traitement neurochirurgical actif. On effectua également un uroflow et une consultation d'un urologue, les données sont en pièces jointes de la lettre de sortie. Après examen du tableau clinique et l'état de la patiente, nous considérons que la constipation et la rétention d'urine sont dues à une prise répétée d'analgésiques opiacés et recommandons donc la suppression de ce traitement à l'avenir. Lors de son séjour dans notre département, la patiente était stable, sans constipation ni rétention d'urine, se verticalise normalement. Nous ne voyons aucun nouveau déficit neurologique et permettons donc à la patiente de regagner son domicile avec les recommandations suivantes :

[...],

1 — Thérapie physique stationnaire d'un mois, thalassothérapie à

2 — Contrôle au service du responsable, le Dr. G. _____ après la thérapie physique, si besoin plus tôt.

3 — Recommandations de l'urologue : je recommande la réalisation d'un traitement urodynamique dans le département d'urodynamique (...). Procéder à un UK contrôle régulier. Dans le cas de nouvelles rétentions, se présenter d'urgence au département d'urologie ».

Dans sa duplique du 7 juillet 2016, l'intimée persiste dans ses conclusions.

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).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, vu le domicile de la recourante dans le canton de Vaud ; il satisfait en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

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). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence d'un membre du Tribunal cantonal, statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

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 ; ATF 110 V 48 consid. 4a).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, des traitements dispensés en Croatie du 1^{er} janvier au 2 mars 2015.

3. a) Aux termes de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 de cette même loi, en tenant compte des conditions prévues aux art. 32 à 34 LAMal.

Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1) ; ces prestations comprennent notamment, d'une part, 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 ch. 1 à 3) et, d'autre part, une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage (al. 2 let. g).

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 1^{ère} phrase LAMal, le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25 al. 2, ou 29 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Par « raison médicale », il faut entendre soit des cas d'urgence, soit des cas dans lesquels il n'y a pas en Suisse l'équivalent de la prestation à fournir (ATF 128 V 75 consid. 1b ; TFA K 65/03 du 5 août 2003 consid. 2.1). Faisant usage de cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 OAMal (Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), intitulé « Prestations à l'étranger ».

aa) Selon l'alinéa 1 de cette dernière disposition, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25 al. 2, et 29 LAMal dont les coûts occasionnés à l'étranger sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse (une liste de ces prestations n'a cependant pas été établie ; 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).

bb) Aux termes de l'art. 36 al. 2 OAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas 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 (TF 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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).

4. En l'espèce, il convient d'examiner s'il existe une exception au principe de territorialité justifiant la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des traitements médicaux reçus en Croatie.

a) Il n'est pas contesté que le type de traitements dispensés à la recourante l'est couramment en Suisse. Partant, une exception au principe de la territorialité selon l'art. 36 al. 1 OAMal en corrélation avec l'art. 34 al. 2 LAMal n'entre pas en considération. Les traitements médicaux dont la recourante a bénéficié entre le 1^{er} janvier et le 2 mars 2015 en Croatie ne peuvent donc être à la charge de l'assurance obligatoire des soins que s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'ils ont été effectués en urgence au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal.

b) Cela étant, il convient tout d'abord de déterminer si la première intervention du 1^{er} janvier 2015, qui a impliqué l'hospitalisation de la recourante jusqu'au 7 janvier 2015, a été effectuée en urgence au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal.

aa) A cet égard, la recourante soutient que suite à sa chute survenue le 30 décembre 2014, elle a eu le dos bloqué, a ressenti des douleurs insupportables et n'était plus capable de marcher sans aide au-delà de quelques minutes. Selon la recourante, l'urgence de cette intervention est également attestée par le fait que celle-ci ait eu lieu le jour même de son admission à la Clinique J._____, de surcroît le 1^{er}

janvier. Le fait qu'elle n'ait jamais été traitée avant son voyage en Croatie pour des problèmes lombaires démontrerait également que l'opération en question n'avait pas été planifiée et était donc urgente.

bb) La recourante ne saurait être suivie. Il ressort en effet du rapport de sortie du 7 janvier 2015 des Drs M. _____ et T. _____ que la recourante s'est présentée, le 1^{er} janvier 2015, en vue d'un traitement opératoire, en raison d'une sténose du canal lombaire L3-L5. Ces médecins ont en outre indiqué qu'à son arrivée à la Clinique J. _____, la recourante ressentait certes des douleurs, mais qu'elle était à même de se déplacer seule et pouvait marcher sur les talons et les orteils. Si le rapport précité confirme la nécessité d'une opération, il n'atteste aucunement l'urgence d'une telle intervention, ni le fait qu'un retour en Suisse n'était pas approprié.

On relèvera également que le rapport de sortie du 7 janvier 2015 ne mentionne pas la chute alléguée par la recourante pour justifier l'urgence de la situation, mais évoque uniquement des douleurs lombaires s'étant récemment intensifiées. A ce sujet, le médecin-conseil de la caisse a clairement indiqué qu'une sténose du canal lombaire ne pouvait être la conséquence de la chute survenue deux jours auparavant. La Dresse R. _____ a également précisé que ce genre de pathologie ne s'opérait pas en urgence - de surcroît pas deux jours seulement après l'apparition des premières douleurs -, ce d'autant moins qu'aucune consultation n'avait eu lieu le jour de la chute et qu'un retour en Suisse était parfaitement admissible.

Il convient de préciser à ce stade que la recourante n'apporte aucune motivation sérieuse tendant à mettre en doute le bien-fondé de l'avis du médecin-conseil. En particulier, le grief selon lequel la Dresse R. _____ ne disposait pas de la traduction française des rapports médicaux est mal fondé, puisqu'il appert que l'interprétation des divers rapports par le médecin-conseil ne diffère pas, en substance, de la traduction proposée par la recourante à l'appui de sa réplique. En outre, le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de

travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Il n'existe en l'occurrence aucun indice concret d'un manque d'objectivité de la part de la Dresse R._____. Enfin, le médecin-conseil a été interpellée sur des points précis et répond de manière claire et circonstanciée, nonobstant la brièveté de ses réponses.

Au surplus, tant la date de cette première intervention que l'absence de tout traitement en amont ne sauraient constituer des indices pour admettre l'urgence des soins prodigués. On rappellera en effet que l'urgence suppose que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (cf. consid. 3b *supra*). Or, rien dans les documents médicaux au dossier ne plaide en ce sens.

cc) Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, c'est dès lors à juste titre que l'intimée a considéré que les soins prodigués à l'assurée lors de son séjour à la Clinique J._____ pour la période du 1^{er} au 7 janvier 2015 ne relevaient pas d'une urgence médicale, mais répondaient à des motifs de convenance personnelle de la recourante - position confirmée par le médecin-conseil de la caisse, la Dresse R._____. L'intimée était par conséquent fondée à refuser la prise en charge de cette prestation au titre de l'assurance obligatoire des soins.

d) S'agissant des suites de cette première intervention survenues entre le 16 janvier et le 2 mars 2015, la recourante estime qu'il y a lieu de leur reconnaître un caractère urgent du fait qu'elles ne sont que la continuité de la première urgence. Tel n'est toutefois pas le cas.

aa) En effet, il ressort du rapport d'IRM du 16 janvier 2015 que la recourante est venue consulter à la Policlinique F._____ en raison de la progression de douleurs lombaires passagères ensuite de promenades.

Ce rapport du Dr Z._____ - qui pose la conclusion de diagnostic stationnaire en dehors de la zone opérée et recommande la consultation d'un neurochirurgien, ne se prononce pas sur l'urgence d'une situation médicale. C'est donc à bon droit que la caisse a refusé la prise en charge des frais liés à cet examen.

Il en va de même pour les frais relatifs à l'infiltration du 22 janvier 2015 pour lesquels la recourante s'est contentée de présenter une facture, mais dont l'urgence médicale n'est attestée par aucun rapport.

S'agissant de la laminectomie et foraminectomie pratiquée le 4 février au sein de la Clinique Q._____ et qui a nécessité une hospitalisation du 3 au 10 février 2015, force est de constater que l'urgence d'une telle intervention n'est, là encore, attestée par aucun rapport médical. Il en va de même de l'hospitalisation du 26 février au 2 mars 2015. Les Drs A._____ et G._____, dans leur rapport du 2 mars 2015, précisent au contraire que l'assurée pouvait se déplacer de manière indépendante et n'a développé aucune complication suite à l'opération.

bb) Au vu de ces éléments, la décision attaquée ne prête ainsi pas flanc à la critique.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision querellée.

b) Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue par U._____ le 16 novembre 2015 est confirmée

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Joël Crettaz (pour S._____),
- U._____,
- 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 :