

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 octobre 2010

Présidence de M. ABRECHT, juge unique
Greffier : Mme Vuagniaux

Cause pendante entre :

E. _____, à Yverdon-les-Bains, recourante,

et

A. _____, à Martigny, intimée.

Art. 34 al. 2 LAMal, 36 al. 1 et 2 OAMal, 28 al. 2 LPGA

E n f a i t :

A. **a)** E. _____ (ci-après : l'assurée), née en [...], d'origine [...], est assurée auprès d'A. _____ (ci-après : la Caisse), membre du [...], pour l'assurance obligatoire des soins, risque accident inclus, avec en 2009 une franchise annuelle de 500 francs.

b) Le 24 juillet 2009, l'assurée a fait appel à Mondial Assistance, partenaire à l'étranger de la Caisse, afin de les informer qu'elle avait eu un accident le 22 juillet 2009 en [...]. Quelques jours plus tard, elle a informé Mondial Assistance que le médecin [...] ne pouvait pas leur faxer le rapport médical; elle a ajouté qu'elle allait payer directement les frais médicaux et qu'elle transmettrait les notes d'honoraires ainsi que le rapport médical directement à son assureur lors de son retour en Suisse.

c) Le 12 août 2009, l'assurée a informé la Caisse qu'elle avait payé sur place le montant de 4'500 fr. pour l'hôpital, le médecin, l'anesthésie et les frais de la salle d'opération. Sa lettre était accompagnée de différentes factures en provenance d' [...].

Par retour de courrier du 14 août 2009, la Caisse a transmis à l'assurée un « formulaire sans lettre d'accompagnement » lui demandant de traduire les documents et de les lui retourner.

Le 19 août 2009, l'assurée a retourné à la Caisse les documents traduits avec une brève explication.

d) Le 21 août 2009, la Caisse a envoyé à l'assurée un questionnaire intitulé « Traitement médical à l'étranger » à remplir.

Par déclaration d'accident du 22 août 2009, l'assurée a informé la Caisse que c'était en montant dans une voiture qu'elle avait

glissé et tapé son nez contre la partie tranchante de la portière, et qu'elle avait été soignée par le Dr D._____.

Par courrier du 25 août 2009, la Caisse a informé l'assurée qu'il ne lui était pas possible de traiter son dossier sur la base des indications en sa possession. Elle lui a demandé de compléter le questionnaire transmis le 21 août 2009, de lui préciser à quelle facture correspondait le document indiquant la somme de 1'850 fr. relatif aux frais d'anesthésie générale et de lui transmettre la note d'honoraires originale concernant les frais du médecin chirurgien.

Le 2 septembre 2009, la Caisse a réceptionné le questionnaire « Traitement médical à l'étranger » dûment rempli et signé, qui mentionnait que les soins avaient été reçus à l'Hôpital central de [...] et que les frais avaient été payés en partie en cash et le reste sur le compte bancaire du chirurgien.

e) Le 9 septembre 2009, la Caisse a informé l'assurée qu'elle avait mandaté son partenaire à l'étranger afin de vérifier les tarifs pratiqués, que les factures transmises étaient en suspens et qu'elle l'informerait de sa décision dès qu'elle serait en possession des éléments requis.

Le 7 octobre 2009, Mondial Assistance a transmis à la Caisse un certain nombre de renseignements, mais a demandé quelques compléments d'informations avant de pouvoir se prononcer définitivement sur la nature esthétique ou médicale de l'opération chirurgicale subie par l'assurée.

Par courrier du 9 novembre 2009, Mondial Assistance a fait parvenir à la Caisse le dossier relatif à la vérification des notes d'honoraires. Il y était notamment mentionné qu'il ne s'agissait pas d'un traitement urgent et que l'opération aurait pu être différée. Etais jointe à ce courrier une copie d'une attestation écrite du Dr D._____ du 5

octobre 2009 rédigée en persan, ainsi que sa traduction en anglais, qui était la suivante :

« I certify that the surgery of Mrs. E. _____ was not urgently and the patient's problem is chronic respiratory tract obstruction».

B. a) Le 12 novembre 2009, la Caisse a communiqué à l'assurée une décision formelle par laquelle elle refusait la prise en charge des frais relatifs aux soins médicaux et à l'hospitalisation effectuée du 26 au 28 juillet 2009 en [...] et se montant à 6'253 fr. 55, dès lors que l'urgence n'était pas démontrée et qu'un retour en Suisse était approprié.

b) Par courrier du 16 novembre 2009, l'assurée s'est opposée à la décision de la Caisse, en relevant notamment qu'elle avait été opérée suite à un accident alors qu'elle se trouvait en vacances en [...] pendant une visite chez ses parents, que les montants litigieux étaient de 787 fr. 50 correspondant aux frais de l'hôpital et de la salle d'opération, de 1'850 fr. pour l'anesthésiste et l'aide-anesthésiste et de 1'850 fr. pour le médecin opérateur (soit au total 4'487 fr. 50). Elle a produit une « operation sheet » mentionnant comme diagnostic opératoire « post traumatic septal nasal deviation », ainsi qu'un certificat du Dr D. _____ rédigé en persan, avec la traduction suivante :

« Mme E. _____ a été opérée le 26 juillet 2009 suite d'un traumatisme aiguë et obstruction des voies respiratoires gauche et septale déviation ».

c) Le 25 novembre 2009, la Caisse a reçu par l'intermédiaire de Mondial Assistance l'attestation originale du Dr D. _____ du 5 octobre 2009.

Le 3 décembre 2009, le Dr V. _____, spécialiste FMH en chirurgie, médecin-conseil de la Caisse, a établi un avis à l'assureur dont il ressortait que l'opération du 26 juillet 2009 - soit une septoplastie effectuée sous anesthésie générale pour un traumatisme nasal suite à l'accident du 22 juillet 2009 - ne relevait pas d'une urgence et qu'un retour en Suisse était tout à fait possible.

Le 21 décembre 2009, l'assurée a transmis à la Caisse un certificat médical du Dr D. _____ du 20 décembre 2009, dont la teneur en anglais était la suivante :

« Kindly Mrs E. _____ operated in 26 July 2009 due to trauma to previously deviated nasal septum based on operation note in emergent condition».

d) Par décision sur opposition du 9 février 2010, la Caisse a confirmé son refus de prise en charge des frais relatifs aux soins médicaux et à l'hospitalisation effectuée du 26 au 28 juillet 2009 en [...]. La motivation en droit de cette décision sur opposition était la suivante :

« L'article 36, alinéa 2 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie définit que 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.

L'article 25 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) prévoit la prise en charge des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie ou ses séquelles.

Les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (article 32, alinéa 1 LAMal).

De plus, l'article 32, alinéa 2 LAMal précise que l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminées périodiquement. L'article 56, alinéa 1 LAMal précise que le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement.

La question litigieuse est de savoir si c'est à juste titre que nous refusons de prendre en charge les coûts des soins médicaux effectués du 26 au 28 juillet 2009 en [...] pour la somme de [...], soit Fr. 6'253.55.

Dans l'optique de pouvoir nous déterminer sur la prise en charge des frais qui nous ont été soumis, nous avons présenté le dossier à notre médecin-conseil. Sur la base de ses indications, nous l'avons transmis, ensuite, à notre partenaire Mondial Assistance. Il en découle de leurs rapports que :

- L'opération aurait pu être différée selon la confirmation écrite du Dr D. _____;

- Il ne s'agit pas d'un accident selon les informations en possession du médecin-conseil de notre partenaire et la confirmation écrite du Dr D._____;
- Vous avez payé uniquement un montant de [...], soit Fr. 787.50.

Par ailleurs, nous constatons que les écrits mentionnés sur l'attestation du Dr D._____ du 5 octobre 2009 ne correspondent pas avec la confirmation écrite du même médecin que vous nous avez transmise dans votre opposition du 16 novembre 2009. La confirmation ne comporte aucune date. De plus, la traduction a été effectuée par vos soins et non par un traducteur officiel. Il en va de même des copies des notes d'honoraires.

Le 20 décembre 2009, vous nous faxez un nouveau certificat en anglais du Dr D._____. A nouveau, aucune date n'y est indiquée. De plus, il est contradictoire aux écrits du 5 octobre 2009.

Au vu des éléments développés ci-dessus, nous avons toutes les raisons de croire que l'intervention chirurgicale subie a été planifiée volontairement et que les notes d'honoraires sont fausses et surfacturées ».

C. **a)** E._____ a recouru contre cette décision sur opposition du 9 février 2010 par acte du 20 février 2010, en concluant implicitement à la prise en charge par l'intimée, au titre de l'assurance obligatoire des soins, des frais relatifs aux soins médicaux et à l'hospitalisation du 26 au 28 juillet 2009 en [...]. Concernant la question de l'urgence de l'opération suite à son accident et la nécessité de l'effectuer sur place, elle a fait valoir que les documents produits à l'appui de son opposition mentionnaient bien qu'il s'agissait d'un accident et que le diagnostic posé par le médecin démontrait et justifiait la nécessité d'un traitement de la fracture nasale dans les plus brefs délais. A la lumière de ce diagnostic ainsi que de l'urgence de la situation, il était impossible, médicalement, de prévoir le traitement en Suisse et de retarder l'opération. La recourante a en outre relevé, en ce qui concernait les coûts des soins médicaux effectués en [...], que la Caisse faisait erreur en mentionnant à plusieurs reprises dans ses décisions des 12 novembre 2009 et 9 février 2010 la somme de [...], soit 6'253 fr. 55, alors qu'à de nombreuses occasions, elle lui avait transmis un calcul total de 4'500 francs.

b) Dans sa réponse du 14 avril 2010, la Caisse a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 9 février 2010. Elle a remarqué que les deux certificats du Dr D._____ qui

lui avaient été transmis les 25 novembre et 20 décembre 2009 – soit après la décision de refus de prise en charge – étaient contradictoires avec celui du même médecin transmis le 5 octobre 2009. Se référant à la jurisprudence selon laquelle la préférence devait être donnée à l'avis établi alors que l'intéressé en ignorait les conséquences juridiques, la Caisse estimait que seule la première attestation écrite du Dr D. _____ du 5 octobre 2009 devait être prise en compte, selon laquelle l'opération subie n'était pas urgente et le problème dont la patiente souffrait était une obstruction chronique des conduits respiratoires. De plus, selon l'enquête réalisée par Mondial Assistance et les documents du 9 novembre 2009 remis par ce dernier, le diagnostic médical précis était celui de « correction de la cloison nasale et extraction des conches nasales (Nasenmuschel) en dessous de la muqueuse »; il était également précisé que le traitement n'était pas urgent et que l'opération aurait pu être différée. Ces résultats étaient par ailleurs confirmés par le Dr V. _____, médecin-conseil de l'intimée, qui concluait, après lecture des pièces médicales, que l'intervention ne relevait pas d'une urgence et que le retour en Suisse était tout à fait possible. Dès lors, la Caisse estimait que les traitements en cause ne présentaient pas le degré d'urgence requis, respectivement qu'un retour en Suisse était approprié dans le cas d'espèce, de sorte que les conditions posées à l'art. 36 al. 2 OAMal concernant la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'un traitement à l'étranger n'étaient à l'évidence pas remplies et que c'était ainsi à bon droit qu'elle avait refusé la prise en charge des frais relatifs aux soins médicaux et à l'hospitalisation du 26 au 28 juillet 2009 en [...].

c) Dans sa réplique du 1^{er} mai 2010, la recourante a notamment produit un certificat médical établi en persan par le Dr D. _____, qui révélait selon elle le caractère urgent de l'opération et dont elle donnait la traduction suivante.

« Je certifie que Madame E. _____ à cause d'une déviation septale, obstruction respiratoire de la narine gauche, suite à un traumatisme aigu a subi une opération SMR, turbinectomie inférieure, cytoplastie et révision des valves intérieures nasales, le 26 juillet 2009, signé Dr D. _____ ».

Selon la recourante, qui se déclarait prête à se présenter pour une expertise médicale, tous les rapports et certificats médicaux qu'elle avait réunis pour le dossier de la Caisse attestaient du caractère urgent de l'opération. Dès lors, elle souhaitait obtenir le remboursement des frais médicaux engendrés par l'accident du 22 juillet 2009.

d) Sur demande du juge instructeur, l'intimée a fait parvenir le 25 mai 2010 au Tribunal un rapport médical établi le 21 mai 2010 par le Dr V. _____ répondant comme suit aux questions posées :

« L'assureur me soumet le dossier de Mme E. _____, née le [...], afin que je donne mon avis en tant que médecin-conseil. Je réponds en toute indépendance (article 57, alinéa 4 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie, LAMal) à toutes les questions posées par le Tribunal Cantonal vaudois.

1. Quelle est la nature exacte de l'opération subie par la recourante le 26 juillet 2009 ? S'agit-il uniquement d'une septoplastie ?

Septoplastie / SMR (Submucous resection) – Turbinectomie – Reconstruction valves internes. Non, il ne s'agit pas uniquement d'une septoplastie.

2. a) Existe-t-il des cas où une septoplastie, respectivement d'autres actes opératoires tels qu'effectués le 26 juillet 2009 sur la personne de la recourante, peut devoir être effectuée en urgence (Veuillez motiver votre réponse) ?

Non, une septoplastie ne se pratique pas en urgence. Le seul cas d'une opération en urgence est la réduction d'une fracture déplacée de l'os nasal. Ce qui n'est pas le cas de Mme E. _____.

b) Pour quelles raisons peut-on exclure, sur le plan médical, que l'intervention effectuée le 26 juillet 2009 sur la personne de la recourante ait relevé d'une urgence ?

Comme mentionné sous réponse 2a), j'exclus la notion d'urgence car il ne s'agit pas d'une réduction d'une fracture déplacée de l'os nasal mais d'une déviation septale nasale post-traumatique simple.

3. a) Existe-t-il des cas où l'indication à une opération telle qu'elle a été effectuée le 26 juillet 2009 sur la personne de la recourante fait apparaître un retour en Suisse par avion comme inapproprié ? (Veuillez motiver votre réponse)

Non, Mme E. _____ aurait pu prendre l'avion sans subir cette intervention.

b) Pour quelles raisons peut-on affirmer que, sur le plan médical, il n'y avait en l'espèce aucune contre-indication à un report du traitement et à un retour en Suisse de la recourante par avion ?

Selon le diagnostic pré-opératoire du protocole opératoire du [...], il s'agit d'une déviation septale nasale post-traumatique simple ».

e) Se déterminant le 10 juin 2010 sur le rapport médical du Dr V._____ du 21 mai 2010, la recourante a tout d'abord observé que l'intimée reconnaissait enfin le caractère post-traumatique de l'opération effectuée le 26 juillet 2009, ce qui n'était pas le cas antérieurement. Elle a ensuite contesté la qualification de « déviation septale nasale post-traumatique simple » employée par le Dr V._____ dans sa réponse à la question 2b, en soutenant qu'il s'agissait d'une déviation septale nasale post-traumatique compliquée, comme cela résulterait du certificat du Dr D._____ qui parlait de traumatisme aigu et d'obstruction des voies respiratoires. Enfin, la recourante a fait valoir que c'était à son assureur, au moment même de la prise de contact depuis [...], de juger de l'urgence ou non de la situation; ainsi, dans la mesure où son interlocuteur lui avait dit de suivre les recommandations du médecin sur place et que ce dernier avait dit qu'il fallait opérer, elle estimait avoir fait aux mieux pour répondre aux exigences de la situation en suivant ces indications.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; 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 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). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, 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 cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse – qui s'élève à 4'487 fr. 50 – étant inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur 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 p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si le traitement médical dont la recourante a bénéficié du 26 au 28 juillet 2009 en [...] est à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

3. a) En vertu de l'art. 1a al. 2 LAMal, l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas (a) de maladie (art. 3 LPGA), (b) d'accident (art. 4 LPGA), dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (cf. art. 8 ss LAMal), et (c) de maternité (art. 5 LPGA). En cas d'accident au sens de l'art. 1a al. 2 let. b LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie (art. 28 LAMal).

Selon l'art. 34 al. 2, 1^{re} 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 d'équivalent de la prestation à fournir (ATF 128 V 77 consid. 1b; TFA K_65/03 du 5 août 2003, consid. 2.1).

b) Selon la jurisprudence, une exception au principe de la territorialité selon l'art. 36 al. 1 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102) en corrélation avec l'art. 34 al. 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; il s'agira, en règle ordinaire, de traitements qui requièrent une technique hautement spécialisée ou de traitements complexes de maladies rares pour lesquelles, en raison précisément de cette rareté, on ne dispose pas en Suisse d'une expérience diagnostique ou thérapeutique suffisante; en revanche, quand des traitements appropriés sont couramment pratiqués en Suisse et qu'ils correspondent à des protocoles largement reconnus, l'assuré n'a pas droit à la prise en charge d'un traitement à l'étranger en vertu de l'art. 34 al. 2 LAMal (ATF 131 V 271 consid. 3.2 p. 275; RAMA 2003 n° KV 253 p. 231 consid. 2; TF 9C_11/2007 du 4 mars 2008, consid. 3.1).

c) D'après l'art. 36 al. 2 OAMal (fondé sur la délégation de compétence de l'art. 34 al. 2 LAMal), l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence, selon la même disposition, 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 donc 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. 3.1; TFA K_65/03 du 5

août 2003, consid. 2.1; Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2e éd. 2007, n° 475 ss p. 560 s.).

d) Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. Les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures (art. 45 LPGA).

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 de tarifs; il examine en particulier si les conditions d'une prise en charge d'une prestation sont remplies (art. 57 al. 4 LAMal). Il évalue les cas en toute indépendance; ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner de directives (art. 57 al. 5 LAMal).

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; 126 V 353 consid. 5b p. 360 et les références; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 p. 88 et les références). 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; 126 V 319 consid. 5a p. 322). S'il n'est pas possible d'établir un état de fait vraisemblablement conforme à la réalité, il est statué en défaveur de la partie qui entendait déduire un droit d'un état de fait demeuré sans preuve (ATF 115 V 133 consid. 8a).

4. a) En l'espèce, il est constant qu'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, dès lors qu'il n'est pas contesté que le type d'opération que la recourante a subie le 26 juillet 2009 est couramment pratiqué en Suisse. Le traitement médical dont la recourante a bénéficié du 26 au 28 juillet 2009 en [...] ne peut donc être à la charge de l'assurance obligatoire des soins que s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il a été effectué en urgence au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal.

b) A cet égard, il résulte du rapport médical établi le 21 mai 2010 par le Dr V._____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil de la Caisse, qui a répondu en toute indépendance (art. 57 al. 5 LAMal) aux questions posées par le juge instructeur, que l'opération subie le 26 juillet 2009 par la recourante consistait en une « Septoplastie / SMR (Submucous resection) – Turbinectomie – Reconstruction valves internes ». Le Dr V._____ a catégoriquement exclu que cette opération ait été pratiquée en urgence, en expliquant qu'une septoplastie ne se pratiquait pas en urgence, le seul cas d'une opération en urgence étant la réduction d'une fracture déplacée de l'os nasal, ce qui n'était pas le cas de l'intéressée, celle-ci souffrant d'une déviation septale nasale post-traumatique « simple » (par opposition à une fracture déplacée de l'os nasal). Le Dr V._____ a encore précisé que la recourante aurait pu prendre l'avion sans subir cette intervention.

Il ressort par ailleurs des propres déclarations du médecin qui a opéré la recourante, le Dr D._____, consignées dans une attestation écrite du 5 octobre 2009, que l'opération effectuée le 26 juillet 2009 n'était pas urgente. Le seul fait que ce même médecin ait ensuite indiqué dans un certificat médical du 20 décembre 2009, à la demande de la recourante, que l'opération avait été pratiquée en urgence (« in emergent condition ») ne suffit pas à retenir que tel aurait été le cas. En effet, cette déclaration, faite à la demande de la recourante après que celle-ci avait reçu la décision formelle de la Caisse refusant la prise en charge au motif

que l'urgence n'était pas réalisée, ne peut être tenue pour plausible au regard des premières déclarations de ce même médecin, avec lesquelles elle est inconciliable, et de la nature de l'opération, telle qu'elle ressort de l'ensemble des documents médicaux au dossier.

c) Au regard de ce qui précède, il doit être tenu pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'opération pratiquée le 26 juillet 2009 en [...] sur la personne de la recourante, et qui a nécessité son hospitalisation du 26 au 28 juillet 2009, n'a pas été effectuée en urgence au sens de l'art. 36 al. 2 OMAMal, dès lors qu'il n'existait pas de raisons médicales qui s'opposaient à un retour de celle-ci en avion en Suisse pour y être opérée.

5. a) Il résulte de ce qui précède que la décision sur opposition du 9 février 2010, par laquelle la Caisse a confirmé son refus de prise en charge des frais relatifs aux soins médicaux et à l'hospitalisation effectuée du 26 au 28 juillet 2009 en [...] au titre de l'assurance obligatoire des soins, échappe à la critique. Le recours doit ainsi être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) S'agissant des frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 9 février 2010 par A._____ est confirmée.

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

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- E._____
- A._____
- Office fédéral de la santé publique (OFSP)

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 :