

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 mars 2018

---

Composition : M. DÉPRAZ, juge unique  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

**E.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 34 al. 2 LAMal ; 36 OAMal ; 19 et 20 règlement CE n° 883/2004**

**E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née le [...] 1980, de nationalité belge et domiciliée à [...], est assurée obligatoirement contre la maladie auprès d'E. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurance ou l'intimée) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 selon le modèle « médecin de famille » avec une franchise de 2'500 francs. L'assurée souffre d'un glaucome agressif d'origine héréditaire qui nécessite un suivi régulier.

A une date indéterminée en mars 2016, l'assurée s'est adressée par téléphone auprès de l'assurance pour savoir à quelles conditions une opération des yeux en Belgique pourrait être prise en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Le 3 mai 2016, la Dresse N. \_\_\_\_\_ à [...] (Belgique) a écrit un courrier rédigé en anglais, reçu par l'assurance le 17 mai 2016. En substance, cette médecin exposait qu'elle suivait l'assurée pour un glaucome agressif avec une forte histoire familiale depuis le 28 février 2005. L'assurée avait été stabilisée par médication pendant plusieurs années mais, lors de l'année précédente, sa pression intraoculaire était devenue incontrôlable et une rapide détérioration de son nerf optique ainsi que de son champ visuel avaient été observée. Elle préconisait une intervention à relativement court terme (« on relatively short term ») avec un implant de Xen Gel avec pose d'un stent. Elle a en outre précisé avoir une expérience étendue en la matière (200 implants en 18 mois) et être considéré comme un expert du domaine. Selon elle, cette intervention non invasive avait démontré d'excellents résultats et était indiquée pour la pathologie de la patiente qui nécessitait de prendre en compte un traitement sur le long terme. Elle listait les motifs pour lesquels elle requérait qu'elle puisse effectuer cette intervention à [...] (Belgique), soit le suivi de la patiente depuis plusieurs années, le fait qu'elle traitait plusieurs membres de sa famille jusqu'au 4<sup>e</sup> degré avec la même affection, la garantie de continuité que cela présentait, son expertise en la matière et le fait que la patiente avait poursuivi sans faute la thérapie et le

suivi régulier au fil des années malgré de fréquents déménagements. Etaient joints un devis de l'opération et une lettre à la patiente en néerlandais non traduits. Il ressort du devis le chiffre de 1'985 euros, qui paraît correspondre au coût de l'opération pour un seul œil.

L'assurée a subi deux interventions chirurgicales à [...] les 10 mai 2016 (œil gauche) et 17 mai 2016 (œil droit).

Par courrier du 7 juin 2016, l'assurance a demandé à la Dresse N. \_\_\_\_\_ des précisions sur les preuves scientifiques de l'efficacité du traitement.

Le 8 juillet 2016, le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'assurance, a préavisé dans une note manuscrite le refus de la prise en charge en mentionnant les trois éléments suivants: traitement volontaire à l'étranger, traitement alternatif en Suisse disponible, méthode pas reconnue - pas d'études de haute qualité (evidence based medicine).

Par courrier du 24 juin 2016, reçu le 12 juillet 2016, la Dresse N. \_\_\_\_\_ a produit un « poster » en anglais intitulé « [...] » sur une page A4 [...].

Par courrier du 20 juillet 2016, l'assurance a indiqué à l'assurée que les traitements effectués volontairement à l'étranger ne relevaient pas des obligations légales des assureurs-maladie et qu'au vu des renseignements communiqués à son médecin-conseil, il ressortait que l'intervention en question ne relevait pas de l'assurance obligatoire des soins.

Le 28 juillet 2016, l'assurée, se référant aux conversations téléphoniques et échanges de courriers préalables, a requis une décision motivée.

Par décision du 14 septembre 2016, l'assurance a refusé de prendre en charge les coûts liés à l'opération du glaucome aux deux yeux.

Par courrier du 26 septembre 2016 adressé au secteur juridique, le médecin-conseil de l'assurance a maintenu son préavis négatif. Il a en particulier indiqué qu'aucun résultat à long terme concernant l'utilisation des implants visant à réguler la pression intraoculaire n'avait encore été publié et que les études à fort niveau de preuve portant sur les situations de glaucome sévère réfractaire faisaient défaut. Il exposait que les implants I-Stents auxquels avait recours notamment l'Hôpital H.\_\_\_\_\_ n'étaient pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Selon lui, les données existantes concernant les implants Xen Gel étaient très limitées et ne permettaient pas de démontrer ni leur efficacité thérapeutique ni leur potentiel de durabilité. Il recommandait que l'assurée soit suivie à l'Hôpital H.\_\_\_\_\_.

Le 15 octobre 2016, l'assurée a formé opposition contre la décision du 14 septembre 2016 et a conclu à la prise en charge par l'assurance de l'intégralité des coûts de l'opération en Belgique et du suivi opératoire en Suisse. Subsidiairement, elle a requis que l'assurance se renseigne auprès du Dr Z.\_\_\_\_\_, à l'Hôpital H.\_\_\_\_\_, auprès duquel elle était suivie pour le volet post-opératoire, sur l'efficacité du traitement.

Le 29 novembre 2016, l'assurée a transmis à l'assurance un rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_, responsable de l'Unité du glaucome à l'Hôpital H.\_\_\_\_\_ à [...]. Ce praticien expose avoir examiné l'assurée pour la première fois le 16 juin 2016. S'agissant de l'opération subie en Belgique, ce médecin indique ce qui suit:

« Ce type d'opération est très semblable à une trabéculéctomie et son coût est similaire, toutefois il s'agit d'une intervention mini-invasive avec un abord ab interno ce qui est théoriquement moins traumatisant pour la conjonctive et s'est avéré un succès dans le cas de Mme M.\_\_\_\_\_. La pression intraoculaire avant l'opération se situait aux alentours de 25-30 mmHg et est actuellement entre 10-15 mmHg; la pression a donc baissé de manière adéquate et l'on peut espérer que la patiente puisse arrêter ses gouttes une fois que les bulles de filtration seront totalement stabilisées. »

Par décision sur opposition du 28 décembre 2016, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 14 septembre 2016.

**B.** Par acte du 6 février 2017, M. \_\_\_\_\_ a déposé un recours contre la décision sur opposition du 28 décembre 2016 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant implicitement à sa réforme en ce sens que les frais de son opération en Belgique ainsi que les coûts postopératoires, y compris ceux générés par le suivi de sa convalescence assurée à [...], soient pris en charge par l'assurance.

Dans sa réponse du 10 mars 2016, l'assurance conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Le 3 avril 2017, la recourante a déposé une réplique aux termes de laquelle elle maintient ses conclusions.

Le 8 mai 2017, l'intimée a déposé une duplique.

Le 31 mai 2017, l'assurée a déposé des déterminations finales.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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).

Formé dans le délai légal, le recours satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**b)** La valeur litigieuse est déterminée par l'objet du litige. En l'espèce, la recourante demande la prise en charge des coûts liés à deux opérations de l'œil qu'elle a subies en Belgique les 10 et 17 mai 2016 ainsi que les coûts postopératoires et ceux du suivi de sa convalescence. Même si la recourante n'a pas chiffré ses conclusions, elle a produit à l'appui de son opposition diverses factures qui, même si elles sont rédigées en néerlandais, paraissent correspondre aux opérations litigieuses, pour un montant total de 3'797,60 euros (soit 1'764,70 euros, 1'767,37 euros et 183,31 euros pour les factures médicales ainsi que diverses factures de pharmacie pour des montants de 27,57 euros, 27,06 euros et 27,57 euros). On ignore le montant des coûts du suivi postopératoire de la patiente à l'Hôpital H. \_\_\_\_\_ qui, comme on le verra, ne sont toutefois plus litigieux. Il apparaît ainsi que la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 francs. La cause relève donc de la compétence d'un juge unique de la Cour en application de l'art. 94 al. 1 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36).

**2.** La recourante se prévaut d'abord d'avoir agi sur la base de renseignements inexacts qui lui auraient été transmis par téléphone. En particulier, l'assurance ne l'aurait pas rendue attentive au fait que selon la réglementation de l'Union européenne, applicable en vertu de l'ALCP (Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes ; RS 0.142.112.681), une demande de prise en charge par l'assurance obligatoire de soins devait faire l'objet d'un formulaire spécifique (S2) et lui aurait laissé entendre qu'il suffisait de déposer une demande auprès du médecin-conseil.

**a)** L'art. 27 LPGA prévoit que dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses

assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1) et que chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations (al. 2, première phrase).

Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité (ou l'assureur) à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101). D'après la jurisprudence, il faut que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées (a), qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences (b) et que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu (c). Il faut également que celui-ci se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice (d), et que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (e). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante : que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5 ; 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées ; TF 8C\_433/2014 du 16 juillet 2015 consid. 3).

**b)** Il n'a pas été possible d'établir le contenu exact du renseignement téléphonique donné à la recourante. Quoiqu'il en soit, la recourante ne prétend pas que l'intimée lui aurait donné des assurances quant à la prise en charge d'un traitement subi à l'étranger et elle reconnaît avoir subi les opérations sans attendre la réponse de l'intimée. Pour le surplus, même si la recourante avait déposé une demande de prise

en charge par le biais du formulaire S2, celle-ci aurait dû être refusée pour les motifs développés ci-dessous. Ce grief doit dès lors être rejeté.

**3.** Il convient dès lors d'examiner si le traitement médical suivi à l'étranger par la recourante doit être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

**a)** Aux termes de l'art. 34 al. 2 première phrase LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017 – dont le contenu a été repris dans l'actuel art. 34 al. 2 let. a 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. Dans la mesure où l'état de fait qui doit être apprécié en l'espèce s'est réalisé en 2017, il y a lieu d'appliquer l'art. 34 al. 2 LAMal dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017 (cf. ATF 138 V 176 consid. 7.1 et réf. cit. ; TF 9C\_951/2015 du 29 septembre 2016 consid. 4). A noter que la modification de cette disposition entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018 n'a fait qu'introduire une exception pour la coopération transfrontalière et n'a pas modifié les autres exceptions, dont le contenu a été repris tel quel (cf. Message du Conseil fédéral du 18 novembre 2015 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [Adaptation de dispositions à caractère international], in FF 2016 14), de sorte que l'application de la nouvelle teneur de cette disposition n'aurait de toute façon rien changé.

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, le Conseil fédéral a édicté l'art. 36 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), intitulé « Prestations à l'étranger ». Selon l'al. 1 de cette dernière disposition, le Département fédéral de l'intérieur (ci-après : le DFI) désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 LAMal dont les coûts occasionnés à l'étranger sont pris en charge par l'assurance

obligatoire des soins lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse (une liste de ces prestations n'a cependant pas été établie ; ATF 131 V 271 consid. 3.1 et 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). 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 (cf. par analogie, s'agissant des impératifs susceptibles d'être invoqués pour justifier une entrave à la libre prestation des services dans l'Union Européenne en matière de soins hospitaliers: arrêts de la Cour de Justice des Communautés Européennes [CJCE] du 13 mai 2003, Müller-Fauré et Van Riet, rec. I p. 4509, points 72 ss et du 12 juillet 2001, Smits et Peerbooms, rec. I p. 5473, points 72 ss). 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 (voir ATF 131 V 271 consid. 3.2 et 126 V 332 consid. 1b).

Aux termes de l'art. 36 al. 2 OAMal, l'assurance obligatoire des soins prend également en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement. Ce qui est déterminant, c'est que l'assuré ait subitement besoin et de manière imprévue d'un traitement à l'étranger. Il faut que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié, cette condition s'examinant sous l'angle de la proportionnalité en tenant compte également d'aspects non médicaux, tel que les coûts du retour en comparaison des coûts du traitement (TF 9C\_35/2010 du 28 mai 2010 consid. 3 ; 9C\_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.2 et les références citées ; TFA K 24/04 du 20 avril 2005 consid. 4).

**b)** Comme l'a constaté l'autorité intimée, le litige présente un caractère transfrontalier. Dans la mesure où la recourante est une ressortissante belge qui travaille en Suisse, le cas doit être examiné à la

lumière des dispositions de l'ALCP et des règlements auxquels il renvoie dans la mesure où ces dispositions lui seraient plus favorables que celles du droit interne. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012, le règlement n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) est applicable aux relations entre une assurance-maladie et un ressortissant européen travaillant en Suisse. L'art. 19 du règlement n° 883/2004 règle le cas de prestations médicales lors d'un séjour hors de l'Etat membre compétent. Dans un tel cas de figure, l'art. 19 par. 1 prévoit que, sous réserve des exceptions prévues par l'art. 19 par. 2, une personne assurée et les membres de sa famille qui séjournent dans un Etat membre autre que l'Etat membre compétent peuvent bénéficier des prestations en nature qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical au cours du séjour, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour. Ces prestations sont servies pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si les personnes concernées étaient assurées en vertu de cette législation. Quant à l'art. 20 du règlement n° 833/2004, il prévoit l'hypothèse d'un déplacement aux fins de bénéficier de prestations en nature en dehors de l'Etat membre de résidence. L'art. 20 par. 1 pose le principe qu'une personne assurée se rendant dans un autre Etat membre aux fins de bénéficier de prestations en nature pendant son séjour doit demander une autorisation à l'institution compétente. Selon l'art. 20 par. 2 deuxième phrase, l'autorisation est accordée lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'Etat membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et que ces soins ne peuvent lui être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son Etat actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie.

**4. a)** En l'espèce, comme la recourante paraît l'admettre elle-même dans ses écritures, le traitement qu'elle a suivi ne revêtait pas un caractère d'urgence au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal.

La Dresse N.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'opération devrait être effectuée à relativement court terme (« on relatively short term »), ce qui ne paraît pas signifier qu'il soit indispensable d'y procéder dans les jours suivants. La recourante a pourtant subi deux opérations les 10 et 17 mai 2016 soit avant même que l'intimée soit en possession du courrier de la Dresse N.\_\_\_\_\_. Il est en outre établi que la recourante s'est rendue volontairement en Belgique, notamment pour y être traitée dans la mesure où elle est régulièrement suivie dans son pays d'origine par ce médecin, qui s'occupe également d'autres membres de sa famille souffrant de la même affection. Même si l'on conçoit qu'une opération aux yeux soit d'importance pour la recourante, on ne saurait donc admettre qu'il s'agit d'un cas d'urgence au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal.

Pour les mêmes raisons, l'application de l'art. 19 par. 1 du règlement n° 833/2004 est exclue, la recourante n'ayant pas démontré que les prestations médicales en cause étaient nécessaires au moment de son séjour en Belgique, si bien qu'il n'y a pas de nécessité d'examiner si cette disposition va au-delà de ce que prévoit l'art. 36 al. 2 OAMal.

**b)** Il convient donc d'examiner si le traitement suivi répond aux conditions posées par l'art. 36 al. 1 OAMal pour une prise en charge en dehors d'un cas d'urgence.

A cet égard, la recourante soutient en substance que le traitement alternatif existant en Suisse comportait des risques notablement plus élevés pour elle et qu'il aurait occasionné des coûts plus élevés à la charge de l'assurance obligatoire de soins.

D'abord, il ressort du dossier qu'il existe des possibilités de traitement de la maladie en Suisse. Selon le rapport du médecin-conseil de l'intimée, l'option prioritaire est la trabéculoplastie sélective au laser, qui est devenue le traitement de référence en la matière. Cette chirurgie est notamment pratiquée à l'Hôpital H.\_\_\_\_\_ à [...]. La recourante le reconnaît par ailleurs elle-même puisqu'elle se prévaut du fait que ce traitement alternatif serait plus coûteux que celui qu'elle a suivi en

Belgique et qu'elle a produit un devis à l'appui de ses dires. Il convient donc d'exclure ce motif.

La recourante soutient toutefois que, compte tenu de sa situation personnelle, cette opération comporterait des risques notablement plus élevés que la pose d'un implant Xen Gel soit le traitement effectué en Belgique par son habituel médecin traitant. Tel n'est pas le cas. D'une part, les rapports médicaux au dossier sont contradictoires quant à l'efficacité reconnue de l'implantation de Xen Gel comme l'a pratiqué la Dresse N.\_\_\_\_\_. A cet égard, il n'est pas suffisant d'établir que dans le cas particulier le traitement paraît donner de bons résultats, ce qui ressort du rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_. D'autre part, les rapports médicaux ne permettent pas de conclure qu'une trabéculoplastie aurait comporté des risques particuliers pour la recourante par rapport à une autre patiente dans la même situation. Certes, il ressort du rapport médical de la Dresse N.\_\_\_\_\_ que celle-ci a opté pour ce traitement compte tenu du jeune âge de la recourante (« because of her young age ») et parce que, étant donné le caractère progressif et agressif de la maladie dans la famille de l'assurée, cette technique avait l'avantage de laisser d'autres options ouvertes pour des opérations plus invasives si elles étaient nécessaires dans le futur. Cette médecin indiquait également disposer d'une grande expérience avec cette méthode. Toutefois, ces éléments ne sont pas suffisants pour démontrer que le traitement alternatif existant en Suisse - la trabéculoplastie - qui est largement reconnu comportait des risques pour la recourante. Il ressort au contraire du rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ que l'opération subie par la recourante, même si elle est « théoriquement moins traumatisant[e] pour la conjonctive » est « très semblable à une trabéculéctomie ». Compte tenu de l'interprétation stricte que l'on doit faire des raisons médicales pouvant justifier une prise en charge d'un traitement médical à l'étranger, on doit considérer en l'espèce que les conditions posées par l'art. 36 al. 1 OAMal ne sont pas remplies.

Si le litige devait être résolu à l'aune du règlement n° 833/2004, la solution ne serait pas différente. En effet, les conditions

posées par l'art. 20 par. 2 du règlement se sont pas remplies en l'espèce dans la mesure où le traitement par implant Xen Gel n'est pas disponible en Suisse. Il n'est en outre pas contesté que le traitement disponible en Suisse pouvait être dispensé dans un délai raisonnable compte tenu de l'état de santé de la recourante. Il n'est donc pas nécessaire d'examiner plus avant si cette disposition est de nature à conférer aux ressortissants européens pouvant se prévaloir de l'ALCP des droits plus étendus que ceux conférés par l'art. 36 al. 1 OAMal ni si le fait que la recourante n'ait pas rempli le formulaire S2 empêche la prise en charge.

Enfin, contrairement à ce que soutient la recourante, il n'y a pas lieu de tenir compte du fait que le traitement suivi à l'étranger serait moins coûteux que celui à disposition en Suisse. Les motifs avancés par la recourante - qui reposent essentiellement sur l'augmentation globale des coûts de la santé en Suisse - ne sauraient remettre en cause l'absence de droit à la substitution de la prestation. Il s'agit en effet d'éviter que les assurés se livrent à une forme de tourisme médical en allant se soigner là où les prestations sont les moins chères. Comme on l'a rappelé plus haut, sans un financement commun sur le plan européen, on risquerait ainsi de créer des effets indésirables non seulement pour le système de santé suisse, et en particulier le système de financement hospitalier, mais également pour les Etats étrangers dans lesquels les prestations sont effectuées. A cet égard, on ne peut comparer la prise en charge d'un traitement à l'étranger avec le libre choix de l'hôpital à l'intérieur de la Suisse, lequel résulte en outre d'un choix délibéré du législateur fédéral.

C'est donc à juste titre que l'autorité intimée a exclu la prise en charge du traitement suivi à l'étranger.

**c)** S'agissant de la prise en charge des frais du traitement suivi en Suisse par l'assurée postérieurement à son opération, l'intimée a indiqué qu'elle ne contestait pas le principe de leur prise en charge dans la mesure où ils font partie du catalogue des prestations de l'assurance obligatoire des soins. Il apparaît donc que ce point n'est plus litigieux. En outre, la recourante n'ayant fourni aucune indication sur le montant et la

nature de ces soins, le tribunal n'est de toute manière pas en état de trancher cette question.

Il appartiendra cas échéant à la recourante d'en demander le remboursement à l'intimée qui, au besoin, statuera par le biais d'une nouvelle décision.

**5.** Mal fondé, le recours doit être rejeté ; la décision attaquée est confirmée. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Au vu de l'issue du litige, la recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision sur opposition d'E.\_\_\_\_\_ du 28 décembre 2016 est confirmée.

**III.** Il n'est pas perçu d'émolument ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Mme M.\_\_\_\_\_,
- E.\_\_\_\_\_,

- 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 :