

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 novembre 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
MM. Piguet, juge, et Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourante, représentée par Me Alexandre Bernel, avocat
à Lausanne,

et

O. _____, à [...], intimée.

Art. 34 al. 2 let. a LAMal ; 36 al. 2 et 4 OAMal.

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est affiliée auprès d'O. _____ (ci-après : O. _____ ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accident.

L'assurée a suivi des études de [...] aux [...] du 6 octobre 2014 au 20 juin 2016. Elle y a par la suite effectué un stage professionnel non rémunéré [...] du 23 janvier au 14 juillet 2017, auprès de la société R. _____.

Durant son séjour aux [...], l'assurée a consulté à plusieurs reprises des médecins, notamment pour des mycoses vaginales et des allergies alimentaires. O. _____ a pris en charge des factures émises aux [...] entre le 2 septembre 2015 et le 29 mars 2017, pour un total de 53'022 fr. 80.

S'agissant de la consultation du 29 mars 2017, le Dr C. _____, gynécologue, a reçu l'assurée pour des douleurs abdominales, un cycle menstruel manquant, des ballonnements et une inflammation des vaisseaux aux mollets. Il relevait qu'elle avait suivi récemment un traitement en raison d'une allergie alimentaire sévère, ce qui pouvait expliquer son état.

Le 7 avril 2017, l'assurée a à nouveau consulté le Dr C. _____. Elle présentait plusieurs symptômes, tels qu'une fatigue importante, une sensibilité au froid et un rythme cardiaque ralenti, ayant amené le Dr C. _____ à diagnostiquer une hypothyroïdie (cf. rapport du 8 mai 2017 de ce médecin). La patiente souffrait en outre d'une infection vaginale sévère due au candida.

Le 13 avril 2017, le Dr K. _____, médecin aux Urgences du Q. _____, a décidé de soumettre l'assurée à un examen médical obligatoire (« obligatory medical review ») auprès du Dr V. _____,

gynécologue audit Centre, en raison notamment de la sévérité du cas et de l'urgence du traitement nécessaire. Au vu des analyses réalisées [le 12 avril 2017], il a confirmé les médicaments prescrits par le Dr C._____, destinés à être pris durant plusieurs semaines.

Le Dr V._____ a examiné l'assurée le 15 avril 2017. Il a relevé, à l'anamnèse, des infections dues au candida à répétition et une récente allergie alimentaire sévère. Il a constaté que la patiente ne montrait aucun signe de détresse, qu'elle était bien nourrie et développée (« well nourished, well developed »), qu'elle était coopérative et ne semblait ni anxieuse, ni agitée. Elle avait une température de 98.6 degrés fahrenheit [37 degrés celsius]. Elle présentait des signes d'hypothyroïdisme qui nécessitaient un traitement sur une période de quatre semaines. Elle était en bonne santé, mais devait suivre ce traitement pour rééquilibrer son système hormonal. Durant celui-ci, elle devait se soumettre à des tests sanguins hebdomadaires.

Par courriel du 20 avril 2017, l'assurée a indiqué à O._____ lui faire parvenir plusieurs factures, sans les fournir.

A la demande d'O._____, l'assurée lui a envoyé, entre le 21 avril et le 1^{er} mai 2017, plusieurs factures en provenance des [...]. Outre les différents rapports précités, elle a joint un rapport du 26 avril 2017 du Dr C._____, indiquant qu'elle décrivait des douleurs abdominales et en urinant, et qu'elle ne présentait pas d'infection gynécologique. Elle a encore annexé un rapport établi le 27 avril 2017 par le Dr K._____, relevant l'efficacité du traitement prescrit, et un rapport du 30 avril 2017 du Dr J._____, médecin généraliste, observant un nodule dans la région de la thyroïde, ainsi qu'un état cardiovasculaire et neurologique normal.

Par courriel du 8 mai 2017, O._____ a informé l'assurée du refus de prise en charge des traitements suivis du 12 au 27 avril 2017 aux [...]. Elle a expliqué qu'il s'agissait de traitements volontairement effectués à l'étranger, sans caractère urgent démontré, de sorte qu'ils n'étaient pas à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.

Par deux décomptes de prestations du 10 mai 2017, O. _____ a confirmé le refus de prise en charge des sommes de 4'283 fr. 40 (4'384 [...]), respectivement 36'448 fr. 55 (36'332.20 [...]).

Le 10 mai 2017, l'assurée a fait valoir qu'elle s'était trouvée dans une situation d'urgence.

Par décision du 30 mai 2017, O. _____ a maintenu son refus de prise en charge de la somme totale de 40'731 fr. 95 ([...] 40'716.20), en se fondant sur l'avis de son service médical. Elle a expliqué qu'un retour en Suisse aurait été possible afin de débiter le traitement.

Par courrier du 3 juillet 2017, l'assurée, désormais représentée par Me Alexandre Bernel, s'est opposée à cette décision. Elle a indiqué ne contester que le décompte portant sur le refus de prise en charge de 36'448 fr. 55 (36'332.20 [...]), l'autre correspondant à des factures erronées. Elle avait présenté une hypothyroïdie sévère ayant nécessité un traitement en urgence. Rentrer en Suisse pour ce traitement alors qu'elle effectuait un stage aux [...] aurait été inapproprié du point de vue médical et disproportionné du point de vue financier. Malgré ses demandes, elle n'avait pas obtenu de copie de l'avis du service médical. Elle a encore requis la prise en charge d'une facture émise le 30 avril 2017 par le Dr J. _____ pour un montant de 974 fr. 40 (971.30 [...]). Elle a annexé les documents suivants :

- un rapport établi le 8 mai 2017 par le Dr C. _____, relevant que la patiente était venue à sa consultation en urgence le 7 avril 2017 et que son état demandait des soins urgents puisqu'il pouvait conduire à une dépression sévère ou à une infertilité ; l'urgence n'était pas telle pour justifier un retour de la patiente dans son pays d'origine (« [...] did not find an immediate urgency to retrieve patient to her country of origin ») ;

- un rapport du 10 mai 2017 du Dr T._____, médecin généraliste traitant de l'assurée en Suisse, selon lequel sa patiente était en bonne santé habituelle ; elle avait été traitée aux [...] en urgence en raison d'une suspicion d'allergie sévère ; les investigations avaient mis en évidence une hypothyroïdie sévère inaugurale avec des tests thyroïdiens fortement perturbés ; un traitement substitutif avait été introduit à juste titre ; une telle affection (prise pondérale rapide, œdème important, trouble de l'humeur important) nécessitait un traitement endocrinien en urgence ;
- un rapport établi le 11 mai 2017 par le Dr V._____, observant que la patiente était globalement soulagée de ses symptômes liés à l'hypothyroïdie, mais qu'elle devait poursuivre le traitement.

Par avis du 6 juillet 2017, la Dre H._____, médecin-conseil d'O._____, a relevé que l'assurée avait consulté régulièrement des médecins aux [...] pour des allergies alimentaires et des mycoses vaginales durant ses études. Par la suite avait été découverte une hypothyroïdie, pour laquelle l'assurée avait débuté un traitement sur plusieurs semaines. Il ne s'agissait pas d'une urgence et il n'y avait aucune contre-indication à un retour en Suisse.

Par courrier du 19 septembre 2017, l'assurée a critiqué l'appréciation de la Dre H._____ et a encore demandé la prise en charge de factures portant sur la suite du traitement, du 11 mai au 12 juillet 2017, pour un montant total de 28'153.25 [...], jointes en annexe. Elle a également transmis les pièces suivantes :

- un rapport du 18 mai 2017 du Dr C._____ faisant suite à une consultation du même jour afin de suivre l'efficacité du traitement, constatant des ballonnements, une inflammation importante des vaisseaux des mollets, et une absence d'amélioration de la thyroïde apparente dans la région du cou ;

- un rapport du 7 juin 2017 du Dr C._____, relevant des jambes enflées, mais une amélioration de l'état des vaisseaux au niveau des mollets, ainsi que de la thyroïde dans la région du cou ;
- un rapport du 18 juin 2017 du Dr V._____, faisant état d'un rythme cardiaque stable, de fatigue et d'importantes douleurs musculaires au niveau des mollets ;
- un rapport du 22 juin 2017 du Dr J._____, selon lequel les analyses effectuées démontraient l'efficacité du traitement ;
- un rapport du 2 juillet 2017 du Dr C._____, prescrivant à l'assurée, comme traitement durant le voyage en Suisse, l'application d'une crème ;
- un rapport du 4 juillet 2017 du Dr V._____, indiquant que l'état général de la patiente s'était amélioré ;
- un rapport du 12 juillet 2017 du Dr J._____, expliquant que la patiente avait terminé son traitement et pouvait désormais rentrer en Suisse ;
- un rapport du 9 août 2017 du Dr C._____, relevant que la patiente n'avait pas été capable de voyager au vu du diagnostic et du traitement lié à l'hypothyroïdie, lequel avait duré jusqu'au 16 juillet 2017 ; durant les mois d'avril, mai et juin 2017, la patiente avait notamment été sujette à de la fièvre, à une fatigue extrême, à des douleurs et des faiblesses musculaires ; elle devait suivre un traitement pour la soulager de ses symptômes et équilibrer son taux de T4 pendant une période de huit semaines ; une hypothyroïdie non traitée pouvait notamment conduire à une impossibilité pour le patient d'effectuer ses tâches quotidiennes ;
- une attestation du 4 septembre 2017 du Dr T._____, selon laquelle l'hypothyroïdie dont souffrait sa patiente justifiait l'initiation

immédiate d'un traitement hormonal de substitution ; l'organisation d'un retour en Suisse en aurait différé le diagnostic et le traitement, avec le risque d'aggraver la symptomatologie, très problématique durant un long vol en avion non médicalisé ;

- de la documentation relative au stage [...] effectué par l'assurée aux [...] ;
- une lettre de recommandation non datée de X._____, directeur de R._____, indiquant que l'assurée avait travaillé pour lui en tant qu'assistante personnelle de mars à juin 2017, activité dans laquelle elle avait excellé, avec un des plus hauts niveaux de productivité qu'il ait vu chez un assistant, couplé à une qualité élevée.

Par décomptes de prestations des 20 septembre et 25 octobre 2017, O._____ a refusé de prendre en charge la facture de 971.30 [...] du 30 avril 2017, respectivement celles d'un montant total de 28'153.25 [...] relatives à des frais médicaux pour la période du 11 mai au 12 juillet 2017.

Le 29 novembre 2017, O._____ a informé l'assurée que les factures transmises en lien avec les traitements du 30 avril au 12 juillet 2017 devaient faire l'objet d'une opposition distincte.

Par avis du 1^{er} février 2018, la Dre H._____ a constaté que dans ce cas d'hypothyroïdie, un retour en Suisse était tout à fait possible. L'état physique de l'assurée n'était pas trop affecté par cette atteinte étant donné que son employeur avait attesté une excellente productivité.

Par décision sur opposition du 15 mars 2018, O._____ a rejeté l'opposition formée à l'encontre de la décision du 30 mai 2017. Elle a expliqué que selon le maître de stage, l'assurée avait déployé un niveau élevé de productivité, ce qui tendait à démontrer que ses problèmes de santé n'avaient pas causé de tort à sa vie professionnelle. A son retour en Suisse, la première consultation auprès du Dr T._____ datait du 9 août

2017 seulement. Les frais du traitement aux [...] étaient excessivement élevés, de sorte que le prix d'un billet d'avion aurait coûté bien moins cher. De l'avis du médecin-conseil, l'assurée aurait pu attendre son retour pour débiter ce traitement sur plusieurs semaines.

B. Par acte du 30 avril 2018, I._____, toujours représentée par Me Bernel, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens que l'intégralité des factures relatives aux traitements dispensés du 12 au 27 avril 2017 soit prise en charge, subsidiairement à son annulation et au renvoi à l'intimée pour instruction et décision au sens des considérants (cause AM 28/18). Elle a requis sa propre audition et la mise en œuvre d'une expertise médicale. Se fondant sur les rapports de ses médecins, elle a fait valoir que l'affection dont elle souffrait ne lui permettait pas de rentrer en Suisse. Le Dr T._____ était régulièrement en contact avec les médecins [...], de sorte qu'il avait été en mesure de prendre position sur la situation médicale. La Dre H._____ n'avait quant à elle pas indiqué pour quelle raison elle s'éloignait de l'avis de ses confrères. L'hypothyroïdie avait nécessité un traitement jusqu'en novembre 2017, soit bien après son retour. Le stage avait été difficile à trouver et le sacrifice qui aurait découlé d'un retour en Suisse aurait été énorme, sans compter les divers frais, dont le loyer mensuel à 3'200 [...], avec interdiction de sous-location. L'attestation de son maître de stage ne démontrait pas qu'elle ne souffrait pas de problèmes de santé, puisqu'elle avait été absente 4,5 jours sur une quinzaine de jours. Elle a joint son contrat de bail à loyer aux [...], un récépissé de paiement pour le stage, ainsi qu'une attestation établie par X._____ le 22 mars 2018, selon laquelle l'assurée avait travaillé du 23 janvier au 14 juillet 2017, avec des absences pour motifs de santé les 6 et 15 mars, 10 avril (une demie journée), 11 et 12 avril, 24 et 25 avril, 16 mai (une demie journée), 17 au 19 mai, 8 et 9 juin, ainsi que le 3 juillet 2017.

Dans sa réponse du 14 août 2018, O._____ a proposé le rejet du recours. Elle a soutenu que la notion d'urgence n'était pas réalisée, dès lors que selon le rapport du 15 avril 2017 du Dr V._____, la patiente

n'était pas en détresse apparente, était en bonne santé mais devait suivre un traitement pour rééquilibrer son système hormonal. Selon la Dre H._____, un retour en Suisse n'était pas contre-indiqué. Cela aurait certes engendré des frais, mais ils auraient été moins élevés que ceux d'un traitement aux [...].

Par réplique du 18 octobre 2018, la recourante a répété qu'un retour aurait eu des conséquences financières très importantes, son bail à loyer ne prévoyant notamment pas la possibilité d'une résiliation anticipée. Elle a estimé l'ensemble des frais relatifs à son logement à 25'213.85 [...], auxquels s'ajoutaient 815 [...] pour le stage [...] et 3'000 [...] pour un vol de dernière minute. Le critère de la proportionnalité n'était ainsi pas respecté. En outre, l'abandon du stage aurait été définitif, puisqu'un retour aux [...] n'était pas possible pour des motifs de visa. La recourante s'est encore prévalu de sa bonne foi, en indiquant qu'entre le 2 septembre 2015 et le 29 mars 2017, elle avait effectué 38 consultations aux [...] pour des mycoses vaginales et allergies alimentaires, et que les factures avaient été intégralement prises en charge par l'intimée. Ainsi, elle pouvait s'attendre à ce que le traitement intervenu dès le 12 avril 2017 lui soit remboursé. Elle a joint différents documents en lien avec son visa et des décomptes de prestations établis entre le 22 janvier 2016 et le 18 avril 2017 par l'intimée, prenant en charge des factures émises du 2 septembre 2015 au 29 mars 2017, relatives à des traitements effectués aux [...].

Dans l'intervalle, par décision du 4 mai 2018, O._____ a refusé de prester s'agissant du traitement suivi aux [...] du 30 avril au 12 juillet 2017, en expliquant qu'il s'agissait de la suite du traitement entrepris volontairement du 12 au 27 avril 2017. L'assurée a contesté cette décision le 6 juin 2018, en soutenant qu'elle était rentrée en Suisse dès que cela avait été raisonnablement possible et non après la fin du traitement. O._____ a requis l'avis de la Dre [...], laquelle a répété que l'état de santé de l'assurée n'était pas affecté au point de ne pas pouvoir voyager (cf. avis du 23 août 2018). O._____ a confirmé le refus de prester par décision sur opposition du 28 septembre 2018, contre laquelle

l'assurée a recouru le 31 octobre 2018, en concluant à la prise en charge de ces frais, subsidiairement au renvoi de la cause à O. _____ (cause AM 54/18). Dans sa réponse du 10 décembre 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Par duplique du 14 décembre 2018 dans la procédure AM 28/18, l'intimée a requis la jonction des causes. Elle a souligné qu'il fallait comparer les frais de retour invoqués aux 65'456.75 [...] litigieux dans ces deux causes. Par ailleurs, la notion d'urgence médicale s'appréciait en fonction de l'affection. C'était dans le cadre de cette appréciation que les traitements avaient été pris en charge jusqu'au mois de mars 2017.

Le 25 février 2019, la juge instructrice a informé les parties de la jonction des causes AM 28/18 et AM 54/18.

Par déterminations du 26 mars 2019, la recourante a indiqué qu'elle était rentrée en Suisse à la fin du mois de juillet 2017 en raison de son état de santé et de sa situation financière. Les traitements dispensés jusqu'au mois de mars 2017 concernaient des mycoses vaginales et des allergies alimentaires, de sorte que l'on pouvait considérer qu'ils n'étaient à tout le moins pas autant urgents que celui ayant débuté le 12 avril 2017.

A la demande de la recourante d'indiquer si elle entendait poursuivre l'instruction de la cause, la juge instructrice a répondu, le 10 juillet 2019, que de nouvelles mesures d'instruction n'apparaissaient pas nécessaires en l'état.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposés auprès du tribunal compétent en temps utile compte tenu des fêtes (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et art. 38 al. 4 let. a LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), les recours sont recevables.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée doit prendre en charge les frais relatifs aux traitements médicaux dispensés à la recourante du 12 avril au 12 juillet 2017 aux [...].

3. a) En vertu de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal.

Selon l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Ces prestations comprennent notamment les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social, ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins (al. 2 let. a ch. 1), de même que les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin (al. 2 let. b).

b) 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, l'efficacité devant être démontrée selon des méthodes scientifiques.

c) Aux termes de l'art. 34 al. 2 let. a LAMal, le Conseil fédéral peut prévoir la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des

coûts des prestations visées 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 fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), intitulé « Prestations à l'étranger ». Selon l'al. 2 de cette disposition, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger ; il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié ; il n'y a pas urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement. Ce qui est déterminant, c'est que l'assuré ait subitement besoin, et de manière imprévue, d'un traitement à l'étranger ; il faut que des raisons médicales s'opposent en outre à un report du traitement, et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié. Cette dernière condition s'examine sous l'angle de la proportionnalité en tenant compte également d'aspects non médicaux, tels 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 ; TFA K 24/04 du 20 avril 2005 consid. 4). Un séjour à l'étranger est considéré comme temporaire tant que la personne concernée a l'obligation de s'assurer en Suisse du fait de son domicile suisse (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n° 544 p. 575).

En vertu de l'art. 36 al. 4 OAMal, les prestations visées aux al. 1 et 2 de cette disposition sont prises en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse.

4. En l'espèce, il convient d'examiner si le traitement effectué par l'assurée aux [...] entre le 12 avril et le 12 juillet 2017 était urgent au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal.

Tout d'abord, la Cour de céans constate qu'en date du 7 avril 2017 – soit avant la période litigieuse –, l'assurée a subitement eu besoin, et de manière imprévue, d'un traitement médical. Souffrant en particulier d'une importante fatigue et d'un rythme cardiaque ralenti, elle a consulté le Dr C._____, lequel a diagnostiqué une hypothyroïdie et une infection sévère au candida. Des analyses effectuées le 12 avril 2017 ont permis au Dr K._____ de confirmer, le 13 avril 2017, que le traitement prescrit était approprié. A ce moment, soit dans la phase initiale visant à améliorer immédiatement l'état de santé de l'assurée, en débutant un traitement adéquat, il y a lieu de considérer que des raisons médicales s'opposaient à un retour en Suisse. Les avis de la Dresse H._____ sont très peu motivés et ne permettent pas de comprendre pour quels motifs d'ordre médical elle retient qu'un retour en Suisse était possible afin d'y initier le traitement.

Par la suite, l'assurée a consulté le Dr V._____ le 15 avril 2017. Son examen se révèle rassurant. En effet, la patiente ne rapportait pas de fièvre ou de frissons, ni d'essoufflement, ni de problème cardiaque. Selon le médecin, elle ne présentait aucun signe de détresse, elle se portait bien et ne semblait ni anxieuse, ni agitée. Sa température était en outre dans les normes. Il précise qu'elle était en bonne santé, mais qu'au vu de signes d'hypothyroïdie, elle devait poursuivre le traitement pour rééquilibrer son système hormonal. Enfin, il n'évoque pas d'infection gynécologique due au candida.

Les différents rapports de consultation suivants ne font pas état de fièvre (cf. notamment rapports des 26 avril 2017 du Dr C._____ et 30 avril 2017 du Dr J._____), contrairement à ce que mentionne le Dr C._____ dans son rapport du 9 août 2017. Le Dr C._____ y décrit que la patiente avait été sujette à de la fièvre, à une fatigue extrême et à des douleurs musculaires durant les mois d'avril à juin 2017, de sorte qu'elle n'était pas capable de voyager. Ce rapport, de même que ceux du médecin généraliste traitant en Suisse, ont été transmis par Me Bernel après le refus de prester de l'assurance. Ils doivent être examinés de

manière critique, d'autant plus que la recourante a poursuivi son stage à cette période. Elle a certes été absente quelques jours pour raison de maladie (cf. attestation du 22 mars 2018 de X. _____), mais elle a malgré tout pu faire preuve d'une très haute productivité, doublée d'une qualité élevée (cf. lettre de recommandation non datée de ce dernier). Elle est retournée au travail dès le jeudi 13 avril 2017, le prochain jour d'absence étant le lundi 24 avril 2017. Dans son rapport du 8 mai 2017, établi le jour où l'intimée a annoncé son refus de prise en charge, le Dr C. _____ relève que l'état de sa patiente lors de la consultation du 7 avril 2017 demandait des soins urgents, car il pouvait conduire à une dépression sévère ou à une infertilité. Si la Cour de céans considère que la situation dans laquelle se trouvait l'assurée le 7 avril 2017 répondait aux critères de l'urgence, les conséquences évoquées par le Dr C. _____ n'étaient toutefois pas imminentes au point de retenir que l'entier du traitement devait être qualifié d'urgent et être suivi aux [...]. Par ailleurs, l'important trouble de l'humeur décrit par le Dr T. _____ dans son rapport du 10 mai 2017 ne ressort pas des différents rapports de consultation des médecins [...].

Au vu de ces éléments, il y a lieu de constater qu'à partir du 15 avril 2017, date de la consultation auprès du Dr V. _____, l'état de santé de l'assurée n'était plus inquiétant au point d'exclure un retour en Suisse. La poursuite d'un traitement contre l'hypothyroïdie y est en outre tout à fait faisable. La recourante se prévaut de coûts et de désavantages disproportionnés engendrés par un retour anticipé. Du point de vue financier, elle retient un total minimum de l'ordre de 29'000 [...], dont 25'213.85 [...] en lien avec son appartement aux [...]. Effectivement, le contrat de bail prévoit une interdiction de sous-location et il est vraisemblable qu'elle aurait dû payer son loyer jusqu'à l'échéance du contrat. Le montant de la caution de 9'947.83 [...] (9'547.83 [...] pour elle et 400 [...] pour son chien) ne peut cependant pas être pris en compte au titre de frais engendrés par le retour, puisque cette somme lui aurait été rendue après la restitution du logement. Par ailleurs, un vol pour la Suisse ne coûte pas obligatoirement 3'000 [...], comme elle l'allègue. Des billets, même en dernière minute, sont disponibles pour moins de 1'000 [...]

(www.[...].ch). Les éléments au dossier ne permettent pas de conclure à la nécessité d'un vol médicalisé. S'agissant des 815 [...] payés pour le stage [...], ils ne peuvent pas être intégralement pris en considération, dès lors que la recourante avait déjà débuté le stage plusieurs mois auparavant. Elle invoque encore une potentielle procédure civile pour abandon d'emploi. Il est fort douteux que son employeur aurait intenté une telle procédure s'agissant d'un stage de durée déterminée, de surcroît non rémunéré. Ainsi, les coûts d'un retour se seraient élevés à une somme de l'ordre de 16'500 [...], et non de 29'000 [...]. Au vu des frais médicaux engendrés par la poursuite volontaire du traitement à l'étranger, soit 65'456.75 [...] - montant duquel il y a toutefois lieu de retrancher les frais relatifs aux premiers soins -, un retour paraissait exigible, même si l'assurée aurait dû interrompre son stage pendant une certaine durée ou renoncer à le terminer. Au demeurant, elle n'a pas rendu vraisemblable qu'elle n'aurait plus pu retourner aux [...], les pièces qu'elle a transmises à cet égard ne l'excluant pas, sous réserve qu'elle présente un certain nombre de documents (cf. memento « Can I travel outside the [...] while on [...] ? »).

Il ressort de ce qui précède que dès le 15 avril 2017, un retour en Suisse était exigible. Les frais en lien avec la poursuite du traitement au-delà de cette date ne doivent donc pas être mis à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

5. La recourante se prévaut encore de sa bonne foi.

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 devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne

intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations. Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique ; son contenu dépend de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (ATF 131 V 472 consid. 4.3 ; TF 9C_865/2010 du 8 juin 2011 consid. 5.1).

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) En l'espèce, la recourante a transmis les premières factures à l'intimée le 21 avril 2017. Cette dernière a répondu le 8 mai 2017, dans un délai qui peut encore être qualifié de raisonnable, qu'elle ne prendrait pas en charge ce traitement. Malgré ce refus, l'assurée n'a pas cherché à organiser son retour en Suisse, ce qu'elle n'allègue au demeurant pas. Par ailleurs, elle ne peut se prévaloir du fait que l'intimée a pris en charge de précédents frais, puisque ceux-ci ne se rapportaient pas à un traitement pour l'hypothyroïdie. Les montants remboursés avant la période litigieuse sont certes importants, mais ces frais se sont étalés sur plus d'une année et demie, soit du 2 septembre 2015 au 29 mars 2017. Les soins en lien avec l'allergie alimentaire sévère peuvent être considérés comme urgents. En outre, au vu du contexte, soit un séjour de longue durée aux [...], on peut retenir qu'un retour en Suisse n'était pas approprié pour des consultations liées à différentes mycoses vaginales, pouvant survenir de manière aléatoire. En revanche, le traitement pour l'hypothyroïdie était destiné à durer plusieurs semaines, et nécessitait des consultations et des analyses très fréquentes, ce que ne pouvait ignorer la recourante (cf. notamment rapports du 13 avril 2017 du Dr K. _____ et du 15 avril 2017 du Dr V. _____). Ayant déjà eu des frais médicaux aux [...], elle n'était pas sans savoir qu'un tel traitement allait occasionner des frais extrêmement élevés. L'intimée l'a en outre clairement informée, dès le 8 mai 2017, de son refus de prester.

6. Tel que susmentionné, un retour en Suisse pouvait être considéré comme exigible dès le 15 avril 2017. Les frais en lien avec la poursuite du traitement à compter de cette date ne sont donc pas à la charge de l'intimée au titre de l'assurance obligatoire des soins. La décision sur opposition du 28 septembre 2018, relative aux traitements dispensés du 30 avril au 12 juillet 2017, doit ainsi être confirmée.

La décision sur opposition du 15 mars 2018, refusant la prise en charge des soins du 12 au 27 avril 2017, doit être annulée en tant qu'elle porte sur la période du 12 au 14 avril 2017, et confirmée pour le surplus. La cause doit être renvoyée à l'intimée afin qu'elle fixe le montant des prestations médicales à rembourser, celle-ci étant la mieux à même

de le faire. Elle devra déterminer les mesures immédiates à prendre, afin d'initier un traitement contre l'hypothyroïdie. Il sied de rappeler que le traitement doit notamment être économique (cf. art. 32 al. 1 LAMal) et qu'en cas de séjour à l'étranger, les prestations sont prises en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse (art. 36 al. 4 OAMal).

7. Il n'y a pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par la mise en œuvre d'une expertise et de sa propre audition. En effet, de telles mesures d'instruction ne modifieraient pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 ; TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2).

8. a) En définitive, le recours contre la décision sur opposition du 15 mars 2018 doit être partiellement admis. Celle-ci doit être annulée en tant qu'elle concerne le refus de prise en charge des soins du 12 au 14 avril 2017 et confirmée pour le surplus, et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'elle fixe le montant des traitements à prendre en charge au sens des considérants. Le recours interjeté à l'encontre de la décision sur opposition du 28 septembre 2018 doit quant à lui être rejeté, et celle-ci intégralement confirmée.

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

La recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec le concours d'un avocat, a droit à des dépens réduits qu'il convient de fixer à 1'500 fr., portés à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours contre la décision sur opposition rendue le 15 mars 2018 par O._____ est partiellement admis. Celle-ci est annulée en ce qu'elle porte sur le refus de prise en charge des soins du 12 au 14 avril 2017 et la cause renvoyée à l'assureur afin qu'il fixe le montant des traitements à prendre en charge au sens des considérants. La décision sur opposition du 15 mars 2018 est confirmée pour le surplus.

- II. Le recours contre la décision sur opposition rendue le 28 septembre 2018 par O._____ est rejeté, et dite décision confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. O._____ versera à I._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Bernel (pour I._____)
- O._____
- 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 :