RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1040/2006 **ATAS/47/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 18 janvier 2007

En la cause

Madame P_____, domiciliée , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Cédric MICHEL	recourante

contre

INTRAS CAISSE-MALADIE, sise rue des Battoirs 7, case postale, GENEVE	intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Mme P_____, née le 1924, domiciliée à Genève, est assurée auprès de INTRAS CAISSE-MALADIE (ci-après la caisse) notamment pour l'assurance obligatoire des soins.

2. En janvier 2000, l'assurée a souffert d'un angor déstabilisé et a dû être hospitalisée au (ci-après le "établissement hospitalier"). Elle a alors subi une revascularisation coronaire.

3. Le 1er juillet 2004, la recourante a une nouvelle fois été hospitalisée au "établissement hospitalier". Selon un rapport établi le 2 juillet 2004 par les Drs. A_____ et. B_____, une ventriculographie et une coronarographie ont été effectuées ce jour-là. A titre de diagnostic clinique, il a été fait état de douleurs thoraciques atypiques après revascularisation myocardique chirurgicale AMIG-diagonale-IVA, d'antécédents d'accident ischémique cérébral transitoire et de documentation d'une lésion serrée de la carotide interne gauche.

4. La patiente a quitté le "établissement hospitalier" le 9 juillet 2004 pour y revenir quelques jours plus tard, le 19 juillet. Le lendemain, une thromboendartériectomie de la carodite interne gauche a été effectuée par le Dr. C_____. Il résulte du rapport opératoire que l'intéressée présentait une sténose critique de la carotide interne gauche.

5. Dans son rapport daté du 24 juillet 2004, le Dr. D_____, médecin au "établissement hospitalier", a expliqué que la patiente avait été hospitalisée au début du mois en raison d'une récidive d'angor, quatre ans après une revascularisation coronaire et quelques semaines après un accident vasculaire cérébral. L'IRM avait confirmé une sténose carotidienne gauche extrêmement sévère, à plus de 80%. La coronographie avait montré une néo lésion et une sténose critique de la coronaire droite non protégée sur une coronaire non dominante. A la fin de cet examen, un sub-œdème pulmonaire était survenu. Malgré la compression, un hématome était apparu, très rapidement extrêmement douloureux et volumineux, nécessitant, dans la soirée du 2 juillet 2004, une incision avec contrôle de la fuite artérielle et vidange de l'hématome et drainage. Le 9 juillet 2004, la patiente avait pu quitter le "établissement hospitalier". Elle avait été hospitalisée à nouveau le 19 juillet 2004 pour la prise en charge chirurgicale de la sténose carotidienne gauche. Les suites opératoires ont été tout à fait simples, avec un réveil normal, sans troubles neurologiques. La patiente a quitté le "établissement hospitalier" le 24 juillet 2004.

6. Les frais relatifs à l'hospitalisation du 19 au 24 juillet 2004 se sont élevés à 20'000 euros.

7. La patiente a demandé à sa caisse maladie le remboursement des frais relatifs aux deux hospitalisations qui avaient eu lieu à Monaco, du 1er au 9 juillet 2004, respectivement, du 19 au 24 juillet 2004.

8. Par courrier du 15 octobre 2004, la caisse a demandé à l'assurée des précisions quant aux traitements effectués au cours de la seconde hospitalisation.

9. Dans un certificat daté du 28 octobre 2004, le Dr D_____ a expliqué que la patiente avait été hospitalisée le 1er juillet 2004 en raison d'un accident vasculaire cérébral régressif et d'une récidive d'angor, que, compte tenu de la sévérité de son état coronarien, un bilan angiographique avait été effectué le 2 juillet 2004, qu'au décours de cet examen, la survenue d'un hématome avait nécessité une intervention immédiate pour suturer le vaisseau et qu'au cours de la cicatrisation, il avait été possible de prendre en charge, le 20 juillet 2004, la sténose carotidienne menaçante, motif de la seconde hospitalisation de la patiente.

10. Le Dr P. RUETSCHI, médecin-conseil de la caisse, a émis l'opinion, en date du 25 novembre 2004, que la seconde hospitalisation ne revêtait pas un caractère urgent.

11. Par courrier du 26 novembre 2004 adressé à l'assurée, la caisse a accepté de prendre en charge l'hospitalisation du 1er au 9 juillet 2004. Elle a en revanche refusé de rembourser la facture concernant l'hospitalisation du 19 au 24 juillet 2004.

12. Dans un certificat daté du 8 février 2005, le Dr D_____ a précisé, en complément à son certificat du 28 octobre 2004 :

> "l'examen d'exploration coronaire et carotidien a été suivi d'un important hématome, nécessitant une chirurgie immédiate, qui a dû être traitée avant la prise en charge de la sténose carotidienne sub-totale, qui interdisait tout transfert de la patiente après son accident vasculaire récent".

13. Par courrier du 25 février 2005, la caisse a informé l'intéressée qu'après examen du dossier par son médecin-conseil, elle maintenait son refus de prise en charge. Selon son médecin-conseil, la seconde hospitalisation n'était pas urgente puisque la patiente avait pu quitter l'hôpital le 9 juillet 2004.

14. Par courrier daté du 31 mai 2005, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté la position de la caisse et requis le remboursement des frais de l'hospitalisation du 19 au 24 juillet 2004, à savoir Fr. 30'674.- (soit la contre-valeur de 20'000 euros).

15. A la demande de la caisse, l'assurée lui a transmis, par courrier du 22 août 2005, une copie du rapport angiologique du 2 juillet 2004, du rapport opératoire du

20 juillet 2004, du rapport de sortie du 24 juillet 2004 ainsi que la preuve du paiement de 20'000 euros au "établissement hospitalier".

16. Dans un avis daté du 2 septembre 2005, le Dr E_____, médecin responsable du service médical de la caisse, a relevé que l'assurée avait été hospitalisée du 1er au 9 juillet 2004 pour un double motif, à savoir une récidive d'angor et un accident vasculaire régressif. Il a précisé que cet événement était également qualifié d'accident ischémique transitoire par les radiologues dans leur rapport du 2 juillet 2004. Selon lui, cette hospitalisation répondait bien à des critères d'urgence incontestables et la sténose de la carotide gauche constatée lors de ce séjour, était probablement à l'origine de l'accident vasculaire transitoire. Le Dr E_____ a estimé que si les médecins avaient permis à la patiente de regagner son domicile le 9 juillet 2004, c'est que son état clinique et sa sécurité le lui permettaient, de sorte que l'intervention qui avait ensuite eu lieu le 20 juillet 2004 n'avait pas de caractère d'urgence immédiate. Selon lui, le fait que la patiente ait passé dix jours à son domicile démontre qu'une surveillance médicale de type hospitalière n'était pas nécessaire; durant ce laps de temps, elle aurait pu être rapidement rapatriée à Genève.

17. Par courrier du 7 septembre 2005 la caisse a signifié à l'assurée qu'elle maintenait sa position.

18. Par acte du 6 octobre 2005, l'assurée a formé opposition contre cette décision, en concluant à son annulation et à la prise en charge des frais relatifs à l'hospitalisation du 19 au 24 juillet 2004. Elle a notamment fait valoir qu'au vu des certificats médicaux produits, un rapatriement à Genève n'était pas approprié.

19. Par décision sur opposition du 21 février 2006, la caisse a confirmé sa décision du 7 septembre 2005.

20. Par écriture du 22 mars 2006, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser la somme de 30'062.- fr. avec intérêts à 5% à compter du 8 septembre 2005. Elle explique que, lors de sa sortie de l'hôpital, le 9 juillet 2004, il lui restait encore à subir une sténose carotidienne qui avait été diagnostiquée comme impérative et urgente. Le Dr D_____ avait cependant accepté qu'entre les deux interventions, elle se repose au domicile de son fils, situé à 100 mètres de l'hôpital. Cette situation permettait une surveillance médicale constante et lui garantissait également de pouvoir être hospitalisée très rapidement en cas de problème. La prise en charge de la sténose carotidienne n'avait pu avoir lieu que le 20 juillet 2004, car vu son état critique, il était nécessaire d'attendre que l'important hématome soit résorbé. Selon elle, un retour en Suisse entre les deux opérations était objectivement exclu compte tenu de son âge et de son état de santé. Les conditions d'une prise en charge par l'intimée des frais litigieux étaient par conséquent remplies.

21. Dans sa réponse datée du 27 avril 2006, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition. Elle fait valoir notamment qu'il n'y avait aucune raison médicale s'opposant au retour de la recourante en Suisse après sa première hospitalisation. Selon elle, l'avis du Dr D_____ du 8 février 2005 doit par ailleurs être considéré avec prudence dans la mesure où il a été rédigé a posteriori et à la demande de la recourante. Elle a enfin émis un doute sur la réalité du domicile de la recourante en Suisse. Elle a fait valoir que la recourante ne dispose à Genève que d'une adresse chez son fils, Monsieur C1_____et que, selon un extrait du registre du commerce, la société C1_____& CIE S.A. - dont son fils est administrateur - est également domiciliée à cette adresse. Elle en tire la conclusion que la recourante n'aurait pas de domicile en Suisse et que sa couverture d'assurance devrait être annulée.

22. Dans sa réplique du 6 juin 2006, la recourante a demandé l'audition du Dr D_____. Elle soutient que le fait d'avoir pu sortir de l'hôpital, avant de subir la sténose carotidienne, ne signifie en aucune manière qu'elle était transportable; elle se trouvait alors dans un état grave et un transport aurait été dangereux pour elle. La prise de position du Dr E_____ du 2 septembre 2005 est, selon elle, complètement erronée. Enfin, la recourante confirme qu'elle habite à Genève, chez son fils, M. C1_____. Certes, une pièce de l'appartement sert de bureau à son fils, mais il n'en demeure pas moins qu'elle habite l'appartement.

23. En date du 9 juin 2006, le Tribunal de céans a invité les parties à lui transmettre les questions qu'elles souhaitaient poser au Dr D_____.

24. Dans un rapport daté du 11 juillet 2006, le Dr D_____ a résumé l'histoire de la recourante et répondu aux questions posées.

    S'agissant du déroulement des faits, le médecin a réitéré ses explications précédentes. Il a expliqué que le 20 janvier 2000, la recourante a été hospitalisée en urgence aux soins intensifs cardiologiques, pour angor déstabilisé; que le 1er juillet 2004, la recourante a été hospitalisée une nouvelle fois en urgence pour angor après un accident vasculaire récent; que l'angio-IRM effectuée ce jour-là a montré une sténose de la carotide interne droite (recte: gauche) supérieure à 80% et un infarctus cérébral récent mais limité; que le 2 juillet 2004, une coronarographie de contrôle, en raison de l'angor récidivé, a été effectuée; que la décision a alors été prise d'attendre quelques jours la diminution de l'œdème cérébral sous traitement médical, avant d'effectuer la désobstruction carotidienne; que dans le courant de la nuit du 2 juillet 2004, un hématome important est apparu, avec des douleurs et une anémie nécessitant une intervention immédiate pour suturer une plaie de l'artère fémorale droite; que la patiente a dès lors dû bénéficier, sous surveillance médicale, d'un délai entre cet accident hémorragique et l'intervention cérébrale, laquelle avait de toute façon été programmée pour quelques jours après l'accident vasculaire cérébral; qu'après la suture de l'artère fémorale, la patiente avait quitté l'hôpital le 9 juillet 2004 pour y

être admise à nouveau le 19 juillet 2004 pour subir une thromboendarteriectomie de la carotide interne droite (recte: gauche).

Le Dr D_____ a en outre expliqué qu'une fois la suture de l'artère fémorale effectuée, un transfert de la patiente en Suisse aurait certes été possible, mais sans que l'aléa d'une éventuelle aggravation de la lésion carotidienne puisse être contrôlé. Selon lui, un transfert vers la Suisse aurait été irresponsable compte tenu de l'impossibilité d'agir en cas d'aggravation de la situation neurologique. Étant donné l'accident vasculaire cérébral récent et le degré de sténose carotidienne, la patiente devait rester sous contrôle.

Par ailleurs, le médecin a confirmé avoir autorisé la patiente à demeurer chez son fils, à proximité de l'hôpital, entre les deux opérations parce que cela permettait une surveillance constante et rapprochée ainsi qu'une hospitalisation rapide en cas de nécessité. Cette surveillance constante avait par ailleurs été exercée.

Selon le médecin, l'intervention sur la sténose carotidienne revêtait un caractère urgent dans la mesure où la patiente avait été hospitalisée pour un accident vasculaire cérébral récent avec infarctus cérébral visible en angio-IRM, avec risque d'extension. Il s'agissait d'une hospitalisation programmée au décours d'une surveillance continue. Un comportement différent, et notamment l'autorisation d'un voyage de plusieurs heures, aurait pu être considéré comme de la non-assistance à personne en danger.

Enfin, le médecin a expliqué qu'il avait été nécessaire d'attendre quelques jours avant d'intervenir sur la sténose carotidienne, du fait que la patiente présentait à la fois de l'angor et un accident vasculaire cérébral avec infarctus cérébral. Après le bilan cérébral et cardiaque, il était logique de laisser diminuer l'œdème de l'accident avant d'envisager la chirurgie. S'il n'y avait pas eu l'incident hémorragique, l'attente aurait été moins longue.

25. Dans sa duplique du 25 août 2006, l'intimée a fait valoir que les explications fournies par le Dr D_____ le 11 juillet 2006 devaient être reçues avec la plus grande prudence. Elle a produit à ce propos la prise de position de son médecin-conseil, le Dr E_____, datée du 4 août 2006. Selon ce médecin, le rapport du Dr D_____ daté du 11 juillet 2006 diffère en quelques points importants des rapports médicaux antérieurs. Par ailleurs, à aucun moment les documents mis à sa disposition en septembre 2005 ne laissaient entrevoir une situation médicale aussi sévère que celle décrite par le Dr D_____ le 11 juillet 2006. En conclusion, selon le Dr E_____, les explications du Dr D_____ donnent l'impression d'une "reconstruction laborieuse des événements".

26. Dans son courrier du 20 septembre 2006, la recourante a maintenu ses conclusions et fait valoir que les pièces médicales produites étaient concordantes.

27. Le 21 septembre 2006, le Tribunal de céans a transmis une copie de cette écriture à l'intimée et gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

   La compétence ratione materiae du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

   Se pose éventuellement la question de la compétence ratione loci, dans la mesure où l'intimée met en doute la domiciliation de la recourante à Genève. Cependant, il sied de relever que les éléments invoqués par l'intimée à cet égard, à savoir que la recourante ne dispose, à Genève, que d'une adresse chez son fils, d'une part, et que cette adresse correspond également à celle d'une société administrée par son fils, d'autre part, n'emportent pas la conviction du Tribunal de céans. En effet, la recourante et son fils ont expliqué ce qu'il en était, à savoir que l'assurée vit dans l'appartement appartenant à son fils, dont une pièce est consacrée à la société. Elle ne le rejoint sur la côte d'Azur que pour les vacances. Ces explications apparaissent tout à fait crédibles. S'y ajoute le fait que le fichier de l'Office cantonal de la population confirme ce domicile. Qui plus est, l'assurée a payé ses primes à Genève sans que l'intimée ne soulève jamais la question de son domicile. Partant, en l'absence d'éléments convaincants démontrant le contraire, il y a lieu d'admettre qu'elle est domiciliée dans le canton et, partant, que la compétence ratione loci du Tribunal de céans est également établie.

3. Les faits déterminants étant survenus dans le courant de l'année 2004, la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, s'applique au présent litige.

4. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

5. Le présent litige porte sur la question de la prise en charge des frais médicaux relatifs à l'hospitalisation de l'assurée du 19 au 24 juillet 2004 au "établissement hospitalier", plus particulièrement, sur le caractère d'urgence de cette hospitalisation.

6. Aux termes de l'art. 34 al. 2 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 (1ère phrase).

   D'après l'art. 36 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (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. Selon cette disposition, 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. L'étendue de la prise en charge des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger est limitée au double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse (art. 36 al. 4 1ère phrase OAMal).

   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 (ATFA non publié du 20 avril 2005, cause K.24/2004 consid. 4.2; EUGSTER, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, p. 88 n° 176).

   Par ailleurs, les prestations fournies à l'étranger sont soumises à la même condition générale du caractère efficace (avoir un effet sur le plan général), approprié (avoir l'effet recherché dans le cas précis) et économique (établir une juste relation entre le but visé et les frais mis en œuvre) figurant à l'art. 32 al. 1 LAMal (arrêt non publié du TFA du 8 octobre 2002, cause K 44/00 consid. 3.2).

7. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

   b) L'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde

sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références). Aussi, n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

c) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1)**.** En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c).

8. En l'espèce, il n'est pas contesté par l'intimée, ni contestable au vu des pièces au dossier, que la recourante ne s'est pas rendue à Monaco dans le but de subir, le 20 juillet 2004, l'intervention chirurgicale litigieuse. En effet, l'indication chirurgicale a été posée pour la première fois lors de son hospitalisation en urgence qui a eu lieu du 1er au 9 juillet 2004 auprès du "établissement hospitalier". Le Dr D_____ a attesté, dans son rapport du 11 juillet 2006, qu'une fois sortie du "établissement hospitalier", la recourante était demeurée à proximité de l'hôpital et qu'une surveillance constante avait alors été exercée jusqu'à son hospitalisation le 19 juillet 2004.

   Reste, par conséquent à déterminer si, à partir du moment où l'indication chirurgicale a été posée à Monaco, des raisons médicales s'opposaient à un report de l'intervention, et si le retour de la recourante en Suisse apparaissait inapproprié.

   En l'occurrence, se trouve au dossier un rapport médical, établi le 11 juillet 2006 par le Dr D_____, duquel il ressort notamment que la recourante, alors âgée de 79 ans, a dû être hospitalisée le 1er juillet 2004 en raison d'une récidive d'angor après un accident vasculaire cérébral. Les examens pratiqués ont alors permis de

constater, outre l'infarctus cérébral récent, une sténose de la carotide interne gauche supérieure à 80%. La décision a alors été prise d'attendre quelques jours la diminution de l'œdème cérébral avant d'effectuer la désobstruction de la carotide. Cependant, vu l'apparition, le 2 juillet 2004, d'une plaie à l'artère fémorale droite, l'intervention chirurgicale sur la carotide a été reportée au 20 juillet 2004.

Selon le Dr D_____, une fois la suture de l'artère fémorale effectuée, un transfert de la recourante vers la Suisse aurait été possible mais irresponsable, compte tenu de l'impossibilité d'agir en cas d'aggravation de la lésion carotidienne. Étant donné que la recourante avait subi un accident cérébral et présentait un degré de sténose certain, elle devait rester sous contrôle. Il l'avait d'ailleurs autorisée à demeurer, entre les deux opérations, chez son fils, à proximité de l'établissement hospitalier, car ceci avait permis d'exercer une surveillance constante et rapprochée. Le Dr D_____ soutient que l'intervention sur la sténose carotidienne effectuée le 20 juillet 2004 revêtait un caractère urgent dans la mesure où la recourante a été victime d'un accident vasculaire cérébral récent, avec infarctus cérébral visible en angio-IRM et risque d'extension. C'est la raison pour laquelle la désobstruction de la carotide a été programmée au décours d'une surveillance continue. Il affirme qu'adopter une autre solution aurait pu être considéré comme de la non-assistance à personne en danger.

9. Le Tribunal de céans considère qu'au vu de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, il y a lieu d'accorder pleine valeur probante au rapport du Dr D_____ du 11 juillet 2006.

   En effet, les explications fournies par le Dr D_____ concernant les circonstances ayant entraîné les deux hospitalisations de la recourante, la nature des examens pratiqués, les diagnostics posés ainsi que les traitements mis en œuvre, concordent avec les rapports qui ont été établis à l'époque des faits et ultérieurement (rapport des Drs F. A_____ et M. F_____ du 2 juillet 2004; rapport du Dr G. C_____ du 20 juillet 2004; rapports du Dr D_____ des 24 juillet et 28 octobre 2004, ainsi que 8 février 2005).

   Par ailleurs, les remarques faites le 4 août 2006 par le Dr J.-L. E_____ ne sont pas aptes à mettre sérieusement en doute les explications du Dr D_____. Selon le Dr E_____, le Dr D_____ aurait présenté une version différente des événements, dans la mesure où ce dernier s'est référé à un accident vasculaire datant de quelques semaines (rapport du 24 juillet 2004), à un accident vasculaire survenu le 1er juillet 2004 (rapport du 28 octobre 2004) et à un accident vasculaire cérébral récent (rapport du 11 juillet 2006). Le Tribunal de céans relèvera que, contrairement à la lecture faite par le Dr E_____ du rapport du 28 octobre 2004, la date du 1er juillet 2004 apparaît comme étant celle du jour où a eu lieu l'hospitalisation de la recourante et non celle de la survenance de l'accident vasculaire cérébral. Par ailleurs, on ne saurait retenir qu'il y a divergence entre les termes

"accident vasculaire datant de quelques semaines" et "accident vasculaire récent". Enfin, le Tribunal de céans ne voit pas en quoi la date de l'accident vasculaire cérébral serait pertinente dans le cadre de la présente cause. Le Dr E_____ ne l'explique d'ailleurs pas.

Selon le Dr E_____, il conviendrait par ailleurs de connaître les raisons pour lesquelles une intervention sur la carotide gauche n'a pas été envisagée en janvier 2000. Le Tribunal de céans relèvera que ce fait n'est pas de nature à influencer la solution du présent litige et n'a dès lors pas à être instruit.

Enfin, selon le Dr E_____, à la lecture des rapports des 24 juillet et 28 octobre 2004 et 8 février 2005, il existerait un doute sur les raisons ayant entraîné l'hospitalisation de la recourante le 1er juillet 2004. Le Tribunal de céans constate qu'il résulte de ces pièces que la recourante a été hospitalisée pour un double motif, à savoir une récidive d'angor et un accident vasculaire cérébral. Il sied de relever que le Dr E_____ est également parvenu à cette conclusion dans son avis du 2 septembre 2005 et ce, sans émettre de doutes.

Les critiques soulevées par le Dr E_____, à l'égard du rapport du Dr D_____ du 11 juillet 2006, tombent par conséquent à faux.

Il convient enfin de relever que le Dr E_____ a reconnu, dans son avis du 4 août 2006, que la situation médicale dans laquelle se trouvait la recourante était sévère. Ce médecin n'a par ailleurs pas contesté l'appréciation du Dr D_____ relative au caractère urgent de l'intervention chirurgicale du 20 juillet 2004, d'une part, et à l'irresponsabilité d'un éventuel transport de la recourante en Suisse, d'autre part.

En conclusion, le dossier contient suffisamment d'indications médicales fiables et concordantes pour retenir que l'état de santé de la recourante exigeait, dès le 19 juillet 2004, un traitement médical en milieu hospitalier, qui ne pouvait attendre, et pour lequel un retour en Suisse était totalement inapproprié. La condition de l'urgence est par conséquent remplie.

Par ailleurs, le traitement médical mis en œuvre par les médecins du "établissement hospitalier" lors de l'hospitalisation de la recourante du 19 au 24 juillet 2004 apparaît adéquat, vu les troubles dont elle souffrait. L'intimée ne le conteste d'ailleurs pas.

Au vu de ce qui précède, il incombe à l'intimée de prendre en charge les frais relatifs au traitement et à l'hospitalisation de la recourante auprès du "établissement hospitalier" du 19 au 24 juillet 2004, dans les limites posées par l'art. 36 al. 4 OA-Mal. La cause lui sera par conséquent renvoyée afin qu'elle en fixe le montant, après avoir établi quel est le montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse.

10. Depuis le 1er janvier 2003, l'art. 26 al. 2 LPGA prévoit que des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe (ATF 130 V 334 consid. 6.2; ATFA non publié du 25 août 2003, U 21/03). Selon l'art. 7 al. 1 OPGA, le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an.

    En l'espèce, le délai de 24 mois est arrivé à échéance en juillet 2006 et la recourante s'est conformée entièrement à l'obligation de collaborer qui lui incombait.

    Par conséquent, la recourante a droit à des intérêts moratoires de 5% dès le 25 juillet 2006 sur le montant à rembourser par l'intimée.

11. La recourante, qui obtient gain de cause, aura droit à des dépens que le Tribunal de céans fixe à 2'500.- fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision sur opposition du 21 février 2006 et la décision du 7 septembre 2005.

3. Condamne l'intimée au paiement des frais subis par la recourante en raison de son hospitalisation à Monaco du 19 au 24 juillet 2004, dans le sens des considérants, plus intérêts à 5 % l'an dès le 25 juillet 2006.

4. Renvoie la cause à l'intimée afin qu'elle en fixe le montant, conformément aux considérants.

5. Condamne l'intimée à verser à la recourante la somme de 2'500.- fr. à titre de dépens.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La Présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK
La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR	

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le