RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1590/2018 **ATAS/321/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 avril 2021

10ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c.o M. B_____, à COLOGNY	recourant

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, Service juridique, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY	intimée

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Saskia BERENS TOGNI, Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1950, d'origine indienne et ressortissant de Grande-Bretagne, domicilié à Genève depuis 2002, était affilié pour l'assurance-maladie obligatoire des soins auprès du Groupe Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après : l'assurance) en 2017 et 2018. Il avait également contracté auprès de cette dernière plusieurs polices d'assurances complémentaires, qui ont été résiliées pour le 31 mars et le 31 décembre 2017.

2. Le 15 mars 2017, l'assuré a été victime d'un malaise sans perte de connaissance à l'aéroport, au retour d'un voyage entre Londres et Genève. Il a été admis au service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) pour une suspicion d'accident vasculaire cérébral (ci-après : AVC) dans le contexte d'un hémisyndrome droit avec une dysarthrie et un état confusionnel. Des radiographies du thorax, un CT cérébral, un électrocardiogramme et une ponction lombaire ont notamment été effectués (cf. résumé de séjour du 16 mars 2017 du docteur C_____, médecin chef de clinique au département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences des HUG).

   Compte tenu de la suspicion d'une encéphalite, l'assuré a été transféré aux soins intermédiaires de neurologie pour un avis neurologique (cf. résumé de séjour du 16 mars 2017 du Dr C_____). Plusieurs examens y ont été réalisés, dont un CT cérébral et une imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) qui ont montré des lésions ischémiques aigües pontiques bilatérales, une zone d'ischémie aigüe et une zone en restriction de diffusion plus superficielle pouvant correspondre à une zone d'encéphalite. Ont également été effectués un doppler carotidien, des bilans angiologique et étiologique, et une échocardiographie transthoracique. Suite à une dégradation de l'état neurologique le 18 mars 2017, une nouvelle IRM cérébrale a été réalisée, laquelle n'a révélé aucun changement significatif des lésions ischémiques récentes par rapport à l'examen réalisé deux jours auparavant (cf. résumé de séjour des soins intensifs du 28 mai 2017 de la doctoresse D_____, cheffe de clinique au service des soins intensifs).

   Le 22 mars 2017, l'assuré a souffert d'une décompensation respiratoire, en raison d'une probable broncho-aspiration dans un contexte de trouble de la déglutition, et a été transféré au service des soins intensifs. Une nouvelle IRM a mis en exergue une progression des ischémies pontiques bilatérales. Des CT cérébraux des 27 et 29 mars 2017 ont exclu une transformation hémorragique, mais montré une petite séquelle de foyer d'encéphalite temporo-polaire droite. Lors d'un colloque multidisciplinaire (infectio-neuro-pneumo) le 29 mars 2017, une étiologie infectieuse a été considérée comme la plus probable. Une IRM du 3 avril 2017 a confirmé la progression des lésions ischémiques pontiques et des lésions ischémiques d'âge différent, et révélé l'apparition d'une dégénérescence wallérienne aiguë des pédoncules cérébelleux moyens et des lésions de vasculite au niveau du tronc basilaire. À l'examen neurologique du 5 avril 2017, l'assuré pouvait comprendre des ordres simples, regarder vers la gauche. Aucun mouvement

n'était obtenu à gauche et il subsistait une très discrète ébauche d'extension du coude à droite, mais plus de mouvement de la main. Les mouvements n'étaient observés qu'au membre inférieur droit. L'assuré n'avait pas de réflexe de déglutition, ce qui a nécessité la pose d'une trachéotomie le 6 avril 2017. Suite à des saignements le 9 avril 2017, une révision de la trachéotomie a été effectuée. Le 11 avril 2017, il a présenté une aggravation clinique. Une nouvelle IRM a permis de conclure à la stabilité des lésions ischémiques connues du tronc cérébral, à l'absence de nouvelle lésion et à la régression quasi complète de la restriction des diffusions temporales internes droites toujours visible, compatibles avec une encéphalite. Après l'introduction d'une corticothérapie, une lente amélioration a été constatée, suivie de réaggravation lors des baisses médicamenteuses. Plusieurs autres colloques multidisciplinaires ont été organisés, notamment les 13, 14 et 20 avril 2017. Lors du dernier, le diagnostic différentiel de vasculite cérébrale n'a pas pu être confirmé, faute d'arguments. Le diagnostic définitif de méningo-encéphalite associée à une vasculite compliquée d'AVC ischémiques pontiques bilatéraux et temporal profond droit a été retenu, ainsi qu'une insuffisance respiratoire aigüe hypercapnique à titre de diagnostic spécial (cf. résumé de séjour du 28 mai 2017 de la Dresse D_____).

À partir du 20 avril 2017, l'assuré a séjourné au service de neurologie des HUG, où il a bénéficié de soins intermédiaires de neurologie et de réhabilitation (cf. résumé de séjour du 28 mai 2017 de la Dresse D_____).

3. Dans une lettre de transfert datée du 1er juin 2017, rédigée en anglais, le docteur E_____, médecin adjoint au département des neurosciences cliniques des HUG, a indiqué qu'une transcanulation avec une canule distale et non proximale de diamètre plus petit était envisagée, en fonction de l'évolution médicale. Ceci pourrait permettre d'améliorer l'efficacité de la réhabilitation fonctionnelle.

4. Selon une lettre de transfert du 7 juin 2017, rédigée en anglais à l'attention du docteur F_____, consultant en neurologie à la « London Clinic », les docteurs G_____ et H_____, médecins au département des neurosciences cliniques des HUG, ont mentionné le diagnostic principal d'AVC pontique bilatéral (artères perforantes paramédianes et latérales) avec un syndrome d'enfermement initial évoluant vers une tétraplégie incomplète due à une vasculite post-infectieuse d'origine indéterminée. Ils ont exposé que la famille de l'assuré avait rapporté que celui-ci se sentait faible et très fatigué, avec de légers maux de tête, depuis une dizaine de jours, avant d'avoir présenté une perte d'équilibre soudaine à l'aéroport. Il avait poursuivi son voyage et consulté les urgences des HUG à son arrivée à Genève. Il avait alors des problèmes à articuler et une faiblesse de l'hémicorps droit. Après avoir résumé le séjour de l'assuré et les soins prodigués, les médecins ont notamment indiqué que l'assuré avait, quotidiennement et dès le début, été pris en charge par des physiothérapeutes, ergothérapeutes et logopédistes, en fonction de sa motivation et de sa fatigue. Ils ont ajouté que les membres de la famille de l'assuré avaient été extrêmement présents et engagés, et avaient organisé son

transfert dans un hôpital privé à Londres afin de pallier au problème de langue que l'intéressé rencontrait durant son séjour aux HUG et afin de le rapprocher de sa famille située à Londres, avec la naissance d'un petit-enfant. Ils ont précisé la suite du traitement qu'ils avaient prévue et noté que l'assuré avait séjourné aux HUG jusqu'au 7 juin 2017.

5. Par courriel du 23 août 2017, envoyé depuis l'adresse électronique de son fils, l'assuré a informé l'assurance qu'il avait été victime d'un AVC et qu'il recevait des soins à Londres. Il a demandé la confirmation de sa couverture d'assurance.

6. Par courriel du 22 septembre 2017, le fils de l'assuré a indiqué à l'assurance que son message du 23 août 2017 était demeuré sans réponse.

7. En date du 27 septembre 2017, l'assurance lui a répondu qu'il n'était pas couvert auprès d'elle pour l'assurance-accident et lui a suggéré de prendre contact avec cet assureur.

8. Le jour même, le fils de l'assuré a précisé qu'il ne s'agissait pas d'un accident, mais d'une urgence médicale.

9. En date du 3 octobre 2017, l'assurance lui a expliqué qu'elle prenait en charge les frais en cas d'urgence, à savoir lorsque l'assuré, qui séjournait temporairement à l'étranger, avait besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'était pas possible. En revanche, il n'y avait pas d'urgence lorsque l'assuré se rendait à l'étranger afin de poursuivre un traitement. Elle a sollicité les factures originales et détaillées, accompagnées d'un rapport médical.

10. Dans un courriel du 9 novembre 2017, le fils de l'assuré a demandé des précisions quant au niveau de la couverture pour les traitements médicaux et pour la réhabilitation à Londres.

11. Le 13 novembre 2017, l'assurance lui a répondu que la réhabilitation à l'étranger n'était pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Elle a suggéré que l'assuré rentre en Suisse afin de poursuivre son traitement médical.

12. Le jour même, le fils de l'assuré a expliqué que son père n'était pas en mesure de voyager et qu'il avait été hospitalisé à Londres.

13. En date du 20 novembre 2017, l'assurance lui a indiqué que l'assuré pouvait présenter sa carte européenne d'assurance-maladie dans un pays membre de l'Union Européenne pour recevoir les soins nécessaires durant sa visite et contacter son partenaire Allianz Global Assistance en cas de besoin d'assistance médicale.

14. Dans un courriel du 4 janvier 2018, le fils de l'assuré a adressé à l'assurance plusieurs factures détaillées établies par le « Wellington Hospital », établissement londonien privé, relatives au séjour de son père, du 26 juillet au 31 décembre 2017, pour un montant total de £ 301'604.-. Il a ajouté que le rapport médical avait déjà été transmis.

15. Par courriel du 23 janvier 2018, le fils de l'assuré a fait suite à une conversation téléphonique du jour-même avec l'assurance et lui a confirmé qu'il s'agissait d'une urgence médicale en Angleterre.

16. En date du 24 janvier 2018, l'assurance lui a adressé un décompte de prestations, refusant la prise en charge du traitement dispensé au « Wellington Hospital » du 26 juillet au 31 décembre 2017.

17. Le 30 janvier 2018, le fils de l'assuré a transmis à l'assurance un rapport médical daté du 8 novembre 2017 et rédigé en anglais par le Dr F_____. Ce document indique que l'assuré avait été admis au « Wellington Hospital » le 8 juin 2017 avec une paralysie des quatre membres et de graves problèmes respiratoires. Il suivait une réhabilitation intensive dans cet établissement et son état s'améliorait lentement. La trachéotomie avait été enlevée ; il était nourri par sonde dans l'abdomen, plutôt que par le nez. Le patient bénéficiait notamment de soins en neurologie, cardiologie et gastroentérologie.

18. Par courriel du 1er février 2018, l'assurance a informé l'assuré que son dossier était en cours de traitement et lui a demandé de compléter et signer le questionnaire annexé relatif au traitement à l'étranger.

19. Le 7 février 2018, conformément à la demande du fils de l'assuré, elle lui a traduit les principales questions par courrier électronique. Elle lui a en particulier demandé de préciser la durée du séjour à l'étranger (dates du voyage), les modalités du transfert (vol médical, commercial avec ou sans accompagnement, ou autre), les dates exactes du traitement médical en Angleterre et s'il y avait eu une consultation antérieure ou postérieure en Suisse.

20. Le jour même, le fils de l'assuré a répondu que son père était arrivé en Angleterre le 3 juin 2017 et qu'il était en traitement depuis le 8 juin 2017, suite à un AVC. Aucun médecin n'avait été consulté en Suisse.

21. Par décision du 23 février 2018, l'assurance a refusé la prise en charge sollicitée.

22. Le 27 février 2018, l'assuré, par l'intermédiaire de son fils, a indiqué s'opposer à cette décision. Dans son courrier rédigé en anglais, il a notamment expliqué qu'il avait été admis aux soins intensifs de la « London Clinic », clinique privée, le 8 juin 2017 pour un traitement urgent, jusqu'au 26 juillet 2017. Durant cette période, il était sous surveillance médicale permanente et personnelle. Le 26 juillet 2017, il avait été transféré au « Wellington Hospital » pour la suite du traitement et réhabilitation car il n'était pas en mesure de rentrer en Suisse.

    Il a notamment joint à son opposition :

    - des lettres du Dr F_____ des 31 juillet et 7 août 2017, en anglais, faisant état d'une dégradation de l'état de santé de l'assuré après son transfert au « Wellington Hospital » ; il avait notamment développé une pneumonie, des épisodes de bradycardies et des problèmes avec un cathéter ; il devait donc

plutôt être considéré comme un patient médical que comme un patient en réhabilitation, au moins pour une semaine supplémentaire ;

- un rapport du Dr F_____ du 5 octobre 2017, en anglais, mentionnant les diagnostics et traitements en cours ;
- une facture de la « London Clinic » du 22 juin 2017, pour la période du 8 au 19 juin 2017 pour un montant de £ 74'808.58 ;
- une facture de la « London Clinic » du 21 juillet 2017, pour la période du 20 juin au 19 juillet 2017 pour un montant de £ 99'077.74 ;
- une facture de la « London Clinic » du 7 août 2017, pour la période du 8 juin au 26 juillet 2017 pour un montant de £ 17'026.80.

Il a en outre précisé que d'autres factures du « Wellington Hospital » suivraient.

23. Par décision sur opposition du 27 mars 2018, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 23 février 2018. Elle a relevé que les indications du fils de l'assuré ne correspondaient pas aux informations reçues par les HUG et ne reflétaient pas la réalité. En outre, malgré sa demande, elle n'avait pas reçu de détails quant au type de vol (médicalisé, accompagné ou commercial simple). Sur la base des informations en sa possession, elle était en mesure d'affirmer, d'une part, que la réhabilitation suivie à l'étranger ne faisait pas partie du catalogue de prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins et, d'autre part, que les soins reçus à l'étranger faisaient suite à un transfert effectué par convenance personnelle depuis la Suisse vers une clinique privée en Angleterre afin de poursuivre le traitement.

24. Par courrier daté du 25 avril 2018, rédigé en anglais et expédié à l'assurance, l'assuré, par le biais de son fils, a contesté la décision sur opposition précitée. En substance, il a soutenu qu'il avait reçu un traitement médical d'urgence et non de réadaptation du 8 juin au 26 juillet 2017. Il avait alors été hospitalisé à la « London Clinic » car il avait besoin d'une surveillance médicale individuelle en permanence. Il avait ensuite été transféré au « Wellington Hospital » pour poursuivre son traitement médical et suivre une réadaptation, car son état de santé ne lui permettait pas de rentrer en Suisse. Comme attesté par le rapport du médecin londonien, son transfert en Angleterre avait été nécessaire en raison d'une erreur de diagnostic de la part des médecins à Genève.

Il a joint un rapport du Dr F_____ du 17 avril 2018, rédigé en anglais, répondant à un courriel du fils de l'assuré au sujet d'une éventuelle négligence commise par les médecins suisses. Le Dr F_____ a relevé que les AVC avaient été attribués à des vascularites, mais qu'il estimait que les signes ne pointaient pas vers un tel diagnostic, étant précisé que son avis était partagé par les médecins des soins intensifs qui s'étaient occupés de l'assuré à son arrivée en Angleterre. Le temps leur avait donné raison, mais cela ne signifiait pas forcément que la qualité de la prise en charge n'avait pas atteint un niveau acceptable. Si cette affaire devait être portée

devant les tribunaux britanniques, il pensait qu'une négligence serait très difficile à prouver.

Il a également transmis une facture du « Wellington Hospital » pour un montant de £ 329'779.- pour la période du 26 juillet 2017 au 11 février 2018.

25. Le 4 mai 2018, l'assurance a transmis à la chambre de céans la missive de l'assuré, pour objet de sa compétence.

26. Sur demande de la chambre de céans, le recourant lui a adressé une procuration, aux termes de laquelle il autorisait son fils à le représenter dans cette affaire, ainsi que des traductions libres de son écriture du 25 avril 2018 et de la lettre du Dr F_____ du 17 avril 2018.

    Il a également produit un courrier du professeur I_____, médecin chef de service au département des neurosciences des HUG, du 7 juin 2018. Ce médecin a précisé que le patient était non francophone et que les mesures de soins et de rééducation, entre autres la logopédie et la physiothérapie, étaient sévèrement limitées, voire en partie impossibles, en raison de la barrière linguistique. Pour cette raison, et dans le but de réduire la durée totale de la prise en charge en milieu hospitalier, un transfert dans un service de spécialisation équivalente (étant donné la gravité de la maladie et les lourds traitements nécessaires) avec du personnel anglophone était indiqué sur le plan médical et médico-économique.

27. Dans une attestation du 25 septembre 2018, le Prof. I_____ a indiqué au médecin-conseil de l'intimée, en réponse à un courrier du 20 août 2018, que les raisons du transfert du recourant à Londres étaient à la fois médicales, comme détaillé dans son attestation du 7 juin 2018, et congruentes avec le choix personnel du patient, pour les mêmes raisons. Le transfert avait été organisé selon le souhait du fils du patient, qui avait lui-même mandaté une compagnie de rapatriement médical, basée au Luxembourg. Le traitement effectué à Londres n'était pas réalisable en Suisse puisque le personnel n'était pas suffisamment anglophone.

28. Dans sa réponse du 28 septembre 2018, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours et à ce qu'il soit admis que le traitement dispensé à Londres du 8 juin 2017 au 11 février 2018 ne remplissait pas les conditions légales de prise en charge.

    L'intimée a soutenu qu'il ne ressortait pas des rapports des HUG qu'il n'existait aucune possibilité de traitement de la maladie en Suisse ou qu'une mesure thérapeutique en Suisse, par rapport à une alternative de traitement à l'étranger, comportait pour le patient des risques importants et notablement plus élevés. Au contraire, le rapport du 7 juin 2017 des Drs G_____ et H_____ mentionnait que des traitements aux HUG avaient été planifiés les 9 et 23 juin 2017, le Prof. I_____ avait fait référence à un service de spécialisation équivalente et le Dr E_____ avait même précisé qu'un traitement permettant d'améliorer l'efficacité de la réhabilitation fonctionnelle pouvait être planifié en

fonction de l'évolution médicale. D'ailleurs, le Dr F_____ avait souligné, concernant le suivi médical en Suisse, que cela ne signifiait pas forcément que la qualité de la prise en charge n'avait pas atteint un niveau acceptable. Ce médecin n'avait jamais affirmé qu'un retour de l'assuré en Suisse n'était pas médicalement approprié. Il avait par ailleurs indiqué que le cas du recourant, dont l'état de santé s'était détérioré peu de temps après son admission au « Wellington Hospital », devait être considéré comme un cas médical aigu et non pas comme un cas de réhabilitation, au moins pour la semaine ayant suivi son rapport du 31 juillet 2017. Pourtant, il ressortait de la facture dudit Hôpital que la réhabilitation avait été facturée durant cette même semaine. Dans le même sens, dans son rapport du 7 août 2017, le Dr F_____ avait rapporté une instabilité de l'état de son patient qui devait être considéré comme un patient médical durant une semaine supplémentaire, mais la facture mentionnait 23 semaines de réhabilitation, du 26 juillet au 31 décembre 2017. La clause d'exception au principe de territorialité du fait de l'urgence n'était pas remplie puisque le recourant s'était rendu en Angleterre dans le but de s'y faire traiter. La famille du recourant avait organisé son transfert à Londres en raison des difficultés linguistiques et afin de le rapprocher de la famille. Il n'existait aucune raison médicale impérieuse pour un tel transfert. C'était donc de sa propre initiative, pour des motifs de convenance personnelle, et non sur prescription médicale, que le recourant s'était rendu en Angleterre pour se faire soigner, ce qui n'était pas suffisant pour justifier une prise en charge par l'assurance obligatoire des soins. Il n'appartenait pas à la communauté des assurés de supporter des frais de traitement volontaire à l'étranger. L'intimée a encore rappelé que le recourant s'était gardé de l'informer qu'il avait déjà été hospitalisé aux HUG et que le transfert avait été organisé par sa famille, se contentant uniquement de prétendre qu'il avait été hospitalisé d'urgence à Londres le 3 juin 2017. Par surabondance, l'intimée a relevé que les traitements du 8 juin 2017 au 11 février 2018 avaient été effectués dans des cliniques privées à Londres. Aucune pièce médicale n'indiquait la nécessité de se faire soigner dans des établissements privés, de sorte que les frais médicaux étaient considérés comme non-économiques et ne sauraient être à sa charge. Enfin, le recourant prétendait qu'un retour en Suisse n'était pas possible. Ses dires n'étaient corroborés par aucun médecin. Il apparaissait de toute façon invraisemblable qu'il n'ait pu revenir en Suisse à aucun moment, pour des raisons médicales, malgré la longue période de traitement. La réhabilitation ne faisait pas partie du catalogue de prestations prévus à l'art. 25 LAMal et les frais y relatifs n'étaient pas à charge de l'assurance obligatoire des soins. En conclusion, le traitement suivi par le recourant dans des cliniques privées en Angleterre entre le 8 juin 2017 et le 11 février 2018 pour un montant de £ 560'512.12 ne remplissait pas les conditions légales de prise en charge. Les traitements en cause devaient être considérés comme ayant été volontairement exécutés à l'étranger et les coûts relatifs à la réhabilitation ne faisaient pas partie du catalogue de prestations.

29. La chambre de céans a ordonné une comparution des parties le 23 septembre 2019, auquel le recourant a fait défaut.

    Le représentant de l'intimée a notamment relevé que la lettre de transfert des HUG du 7 juin 2017 mentionnait que le traitement n'était pas terminé et qu'il devait se poursuivre par des prestations les 9 et 23 juin 2017. Ce document indiquait également que la famille de l'intéressé était « extremely present » et avait entrepris le transfert du recourant à Londres. Hormis l'attestation du Prof. I_____ du 25 septembre 2018, l'intimée n'avait pas plus de précisions quant audit transfert, le fils du recourant n'ayant jamais répondu à ses questions précises à ce sujet.

    Il a rappelé les incohérences et imprécisions déjà constatées dans la décision entreprise. En particulier, dans son courriel du 7 février 2018, le fils du recourant avait affirmé que son père était arrivé en Angleterre le 3 juin 2017 et que le traitement médical avait débuté le 8 juin 2017 suite à un AVC. Le Dr F_____ avait indiqué que le recourant avait été pris en charge par lui-même le 8 juin 2017 au « Wellington Hospital », ce qui paraissait inexact puisque d'autres documents et des factures notamment montraient que le recourant n'avait été admis dans cet établissement que le 26 juillet 2017, ayant été hospitalisé dès le 8 juin 2017 à la « London Clinic ».

    Il a également mentionné que le Dr F_____ avait indiqué, selon une traduction libre, que « cela ne signifiait pas forcément que la qualité de la prise en charge de votre père en Suisse n'ait pas atteint un niveau acceptable ».

    S'agissant de la situation familiale du recourant, son épouse vivait à Londres. La famille était active dans la confection de vêtements, principalement pour hommes d'affaires, dans des boutiques à Londres, à Genève et sauf erreur à Paris.

    Si les prestations litigieuses avaient été fournies en Suisse, elles tomberaient sous le coup de l'art. 25 al. 2 let. d LAMal.

    La décision litigieuse du 27 mars 2018 portait sur la somme de CHF 401'223.80 (contre-valeur de £ 301'604.-), soit jusqu'au 31 décembre 2017. L'intimée avait comptabilisé le lendemain, soit le 28 mars 2018, des factures supplémentaires du « Wellington Hospital » pour la période du 1er janvier au 11 février 2018. Toutefois, celles-ci faisaient partie du même complexe de faits, qui devrait également être traité dans le cadre du recours. Elle ignorait si le 11 février 2018 correspondait au dernier jour d'hospitalisation.

    L'intimée avait résilié les assurances complémentaires, notamment la police Mundo, avec effet au 31 décembre 2017.

    Sur question d'un juge assesseur, le représentant de l'intimée a précisé ne pas avoir connaissance qu'une demande de garantie aurait été adressée par les cliniques anglaises.

30. Par courrier du 25 septembre 2019, la chambre de céans a adressé au fils du recourant copie du procès-verbal de l'audience et lui a demandé si son père était en

mesure d'être entendu et s'il le souhaitait, cas échéant s'il souhaitait lui-même une nouvelle convocation pour être entendu. Dans la négative, un délai lui était octroyé pour faire part de ses commentaires au sujet des éléments débattus lors de l'audience. À cet égard, elle a relevé que le dossier n'était pas clair sur plusieurs points et elle a sollicité des renseignements sur les raisons de l'hospitalisation en Angleterre le 8 juin 2017 (suite à l'AVC survenu à Genève ou suite à un nouvel AVC survenu à Londres ou lors du transfert), sur le lieu du premier séjour hospitalier (« London Clinic » ou « Wellington Hospital ») et sur le mode de transfert pour Londres (vol commercial, accompagné, médicalisé ou autre).

31. En date du 8 novembre 2019, la chambre de céans lui a renvoyé sa précédente lettre restée sans réponse.

32. Par écriture du 13 décembre 2019, le recourant a conclu au remboursement de la totalité des frais médicaux et des frais de rééducation pour soins hospitaliers reçus à Londres, sur la base des factures fournies, conformément à la « politique complémentaire », au remboursement de l'intégralité des frais de rééducation ambulatoire et des soins médicaux depuis son « congé » le 18 juin 2018, sur la base des factures fournies, conformément à la « politique complémentaire ». Subsidiairement, il a requis le remboursement desdits frais sur la base tarifaire suisse pour les mêmes soins et traitements, conformément à la « politique complémentaire ». Le recourant a allégué avoir été victime d'un AVC le 15 mars 2017 et hospitalisé au service de neurologie en unité de soins pour malades hautement dépendants. Le 16 mars 2017, le diagnostic d'AVC avait été confirmé, notamment suite à une IRM. Les médecins avaient alors assuré qu'aucune complication n'était à craindre, qu'il n'avait pas besoin de traitement spécialisé, de médicaments ou de rester dans l'unité de neurologie plus longtemps, de sorte qu'il serait transféré dans « l'aile privée » le 22 mars 2017. Dans la nuit du 21 mars 2017, une infirmière avait inséré une sonde d'alimentation dans sa bouche. Il ne savait pas s'il y avait eu des complications lors de cette insertion, mais il était clair que cela n'avait pas été fait correctement puisque moins d'une heure après, il avait commencé à avoir des problèmes de respiration et la sonde avait été immédiatement enlevée. La famille avait attendu un spécialiste toute la journée et ne l'avait vu qu'après 18h. Son état général s'était détérioré et une pompe à salive lui avait été posée pendant la nuit. Le médecin de garde avait dû être appelé plusieurs fois car il n'arrivait pas à avaler. Dans la matinée du 22 mars 2017, les médecins avaient confirmé qu'il avait subi un deuxième AVC et il avait été transféré aux soins intensifs. Il avait perdu l'usage de tous ses membres et ne pouvait plus avaler. Ce jour-là, sa famille avait rencontré pour la première fois les Drs G_____ et H_____. Aucune explication ne leur avait été fournie quant à la raison pour laquelle la vascularité ou le risque du deuxième AVC n'avait pas été découvert à l'avance. Une fois le diagnostic de vascularité posé, on lui avait prescrit des médicaments, notamment du cyclophosphamide, lequel n'était administré que dans les cas les plus extrêmes car il pouvait engendrer de graves effets secondaires.

Suite à ce traitement, il avait commencé à présenter des colites et à saigner de l'intestin, et avait eu besoin de deux transfusions sanguines. Le 6 avril 2017, une trachéotomie avait été réalisée pour faciliter la déglutition. Sa plaie ayant commencé à saigner, une nouvelle trachéotomie avait dû être réalisée en urgence le 9 avril 2017. Il avait été découvert plus tard que lors de la première intervention, une canule de mauvaise taille avait été insérée. Après 14 jours, il avait été transféré dans une unité de soin pour les malades hautement dépendants où ses soins étaient partagés par une équipe d'infirmières. Un cathéter lui avait été posé pour lui permettre d'uriner. Il avait présenté de violents spasmes, considérés comme des problèmes intestinaux auxquels il devait s'adapter. Suite à l'insistance de sa famille, sa vessie avait été scannée et il avait alors été constaté qu'elle était pleine et le cathéter obstrué. Une fois sa vessie vidée, les spasmes s'étaient calmés. Cet évènement lui avait causé des heures de souffrance et de graves traumatismes inutiles. À son arrivée au Royaume-Uni, il avait été examiné par le Dr F_____ et des spécialistes de la « London Clinic ». Après examen de ses antécédents, ces médecins avaient contesté le diagnostic de vascularité en l'absence d'indications suffisamment probantes et annulé l'administration des deux dernières doses de cyclophosphamide prévues par les médecins de Genève pour les 9 et 23 juin 2017. Il avait de nouveau pu bénéficier d'une infirmière dévouée à ses seuls soins. Concernant la réhabilitation, il avait eu besoin de rééducation dans cinq domaines, soit de la physiothérapie, de l'ergothérapie, de l'orthophonie, de la thérapie de déglutition et une aide psychiatrique. Le calendrier de traitement intensif prescrit détaillait six heures de thérapie cinq jours par semaine et deux heures de thérapie durant le weekend. Durant tout son séjour aux HUG, du 15 mars au 8 juin 2017, il avait bénéficié d'une rééducation quasi inexistante avec seulement une ou deux séances hebdomadaires de physiothérapie et d'orthophonie. Sa famille n'avait jamais reçu ou été informée d'un plan de rééducation des HUG et n'avait jamais rencontré de thérapeute ou de psychiatre. À son arrivée à l'Hôpital neurologique spécialisé de Londres, il avait reçu une thérapie intensive afin de pouvoir parler et déglutir, et l'enlèvement de sa trachéotomie avait été programmé sous 30 jours, alors que cette question n'avait été ni discutée ni soulevée à Genève. L'orthophoniste prévoyait que la trachéotomie ferait partie intégrante de sa vie. La rééducation prescrite exigeait sa compréhension et sa participation active, ce qui nécessitait une communication efficace en anglais. Une rééducation en français n'aurait pas permis de résultats probants et il n'avait pas eu d'alternatives de rééducation pouvant être fournies au même niveau d'intensité en Suisse. Il ne pouvait pas retourner en Suisse pour se faire soigner. En conclusion, étant donné qu'il avait subi un deuxième AVC le 21 mars 2017 alors qu'il était « sous tutelle » des HUG, qu'il avait dû subir une seconde trachéotomie parce que la première n'avait pas été faite correctement, qu'il avait été victime d'un mauvais diagnostic, qu'il n'avait pas reçu le niveau de rééducation intensive nécessaire, qu'il n'avait reçu aucune indication du personnel des HUG concernant l'amélioration de son état de santé et qu'il avait besoin de l'attention constante de sa famille pour s'assurer

que ses soins étaient correctement maintenus, les médecins et sa famille avaient décidé qu'il devait être transféré dans un établissement médical spécialisé au Royaume-Uni, dans son propre intérêt, puisque les HUG étaient incapables de lui fournir la rééducation intensive nécessaire et avaient posé de mauvais diagnostics. Il était tout à fait possible que si le deuxième AVC avait été évité, il aurait été en état de marcher, parler et utiliser ses membres. Son état s'était considérablement amélioré grâce aux soins et à la thérapie reçus à Londres et il poursuivait toujours une thérapie quotidienne afin d'améliorer sa motricité et tenter de retrouver une vie normale. S'il était resté en Suisse, l'intimée aurait été tenue de payer le même niveau de traitement médical et de rééducation qu'il avait reçu au sein de l'Hôpital spécialisé, conformément à son assurance complémentaire. L'intimée n'avait pas proposé de rembourser les frais au même niveau que les soins prodigués en Suisse, conformément aux termes de l'assurance complémentaire, alors que des lignes directrices et des échelonnements avaient été établis pour lui permettre de déterminer le coût de la prestation du même montant de soins et de traitements en Suisse.

Le recourant a joint, entre autres :

- un calendrier de traitement du « Wellington Hospital » du 14 mai 2018 mentionnant l'intervention de physiothérapeute, d'ergothérapeute, de logopédiste et de neuropsychologue ;
- un rapport du Dr F_____ du 15 janvier 2018, rédigé en anglais, rapportant des progrès importants grâce à la réhabilitation multidisciplinaire ; les mouvements contrôlés du membre supérieur droit s'amélioraient et l'intéressé montrait des mouvements indépendants du membre supérieur gauche, ce qui constituait un développement remarquable depuis l'atteinte initiale ; les mouvements des jambes étaient plus faciles ; il s'agissait de progrès importants, même si une mobilité indépendante était peu probable ; le patient avait également fait des progrès en termes de communication non verbale, étant précisé que les vocalises demeuraient limitées ; il était toujours alimenté par sonde et il était trop tôt pour faire un pronostic ;
- une attestation du Dr F_____ du 6 décembre 2019, rédigée en anglais, aux termes de laquelle le recourant était incapable de se rendre en Suisse sans un transport médical spécial.

33. Le 22 janvier 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a rappelé que la loi ne garantissait pas à l'assuré le droit de se faire soigner aux frais de l'assurance obligatoire dans un établissement privé très spécialisé à l'étranger afin d'obtenir les meilleures chances de guérison possible ou de se faire traiter par les meilleurs spécialistes à l'étranger. Or, le recourant s'était rendu de façon subreptice et soudaine à l'étranger dans le seul but d'y suivre un traitement hospitalier qu'il considérait plus performant et se rapprocher de son lieu de résidence et de sa famille, en dépit du fait qu'il suivait déjà un traitement aux HUG, notamment de

physiothérapie et logothérapie. Aucun rapport ne permettait de retenir qu'il n'existait aucune possibilité de traitement à Genève, ville internationale, ou qu'une mesure thérapeutique en Suisse comportait des risques plus importants ou notablement plus élevés pour le patient par rapport à une alternative à l'étranger. L'attestation du Dr I_____, établie une année après les faits déterminants, n'était pas pertinente, étant rappelé que le recourant avait reconnu n'avoir vu aucun médecin en Suisse pour partir à l'étranger et que l'obstacle de la barrière linguistique aurait pu être surmonté par la prestation d'un autre fournisseur de prestations présent dans le canton et parlant anglais. Il n'y avait donc aucune raison médicale pour que le recourant soit transféré dans un établissement privé londonien pour se faire traiter. En outre, l'urgence médicale requérait une intervention immédiate et ne tolérait aucun report de l'intervention médicale, ni même de deux jours selon la jurisprudence genevoise. Si le recourant continuait de passer sous silence les circonstances de son transfert à Londres, il avait néanmoins reconnu être parti en Angleterre le 3 juin 2017 et indiqué que la date exacte à partir de laquelle il avait initié son traitement hospitalier était le 8 juin 2017. Il convenait donc de mettre cette date en relation avec celle où il avait bénéficié pour la première fois d'une intervention médicale au sein de l'établissement privé à Londres, soit le 13 juin 2017 pour une colonoscopie. Ainsi, il s'était écoulé 5 jours entre le jour de son arrivée en Angleterre et la prétendue hospitalisation urgente, 11 jours entre l'arrivée en Angleterre et la première intervention et 5 jours entre l'hospitalisation et l'opération. Compte tenu de ces intervalles, aucune nécessité d'agir vite ne saurait être retenue. Au demeurant, une analyse des factures soulevait un doute quant au caractère purement médical des prestations, tant elles se confondaient avec des prestations de type hôtelier. En définitive, il n'y avait aucune raison médicale impérieuse pour le recourant de se transférer dans une clinique londonienne. L'intimée a relevé que ce n'était qu'après avoir reçu les soins d'un établissement privé dont les frais facturés étaient particulièrement élevés, sans commune mesure avec ceux pratiqués en Suisse, que le recourant avait, pour les besoins de la cause, remis en question la qualité des soins des médecins des HUG. Ses allégations ne reposaient sur aucune pièce, sauf celles, nécessairement partisanes, de son médecin traitant qui le suivait depuis toujours. Si le recourant remettait en question le niveau du traitement hospitalier à Genève en rapport avec le niveau de traitement d'une clinique privée, il n'émettait aucune démonstration tendant à établir que le niveau de l'assurance obligatoire des soins reçus était insatisfaisant d'après les standards de la planification hospitalière suisse.

Elle a produit de nombreux relevés de compte du recourant, établissant que le recouvrement des primes avait fait l'objet de plusieurs rappels et poursuites.

34. Le 9 juin 2020, l'intimée s'est référée à une récente jurisprudence fédérale, aux termes de laquelle le fait de commencer une thérapie sur la base de résultats obtenus suite aux analyses médicales effectuées en Suisse constituait un traitement délibérément accepté de la souffrance à l'étranger. Le fait que la forme spécifique

de traitement n'avait pas encore été déterminée au moment où le patient était parti pour l'étranger ne pouvait rien y changer car il était de toute façon évident qu'il y aurait un besoin de traitement. Le caractère exigible du retour en Suisse dépendait des circonstances, soit notamment du coût du voyage comparativement aux frais du traitement. Il n'y avait pas d'urgence à retenir si le voyage de retour s'avérait médicalement possible et également raisonnable compte tenu des coûts impliqués. Ainsi, à partir du moment où le recourant avait eu connaissance du fait qu'un traitement médical était nécessaire et que celui-ci serait entrepris, il ne pouvait déroger au principe de territorialité qu'exceptionnellement. Or, dans le cas concret, le recourant avait déjà été pris en charge par les HUG lorsqu'il s'était rendu en clinique privée à Londres, de sorte qu'il était évident qu'un traitement lui était réservé en Suisse et que les conséquences d'avoir délibérément choisi de se guérir à l'étranger et d'y rester devaient lui être imputées. De plus, le recourant demandait le remboursement de factures à hauteur de plusieurs centaines de milliers de francs. Ce montant, relatif au coût total du traitement, était à mettre en relation avec celui que représentait un rapatriement en Suisse. Il était en l'espèce 5 fois supérieur à celui dont il était question dans la jurisprudence précitée, ce qui avait suffi à exclure tout remboursement sur ce point. Enfin, le recourant avait été admis dans un établissement de soins privé le 8 juin 2017, soit depuis trois ans. Seul un état de santé critique, impérieux et ininterrompu de durée équivalente aurait pu justifier un non-retour, ce qui était contredit par les rapports positifs et encourageants établis dès le mois de janvier 2018.

35. Copie de cette écriture a été transmise au recourant et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. a. Le délai de recours est de trente jours (art. 56ss LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Aux termes de l'art. 30 LPGA, tous les organes de mise en œuvre des assurances sociales ont l'obligation d'accepter les demandes, requêtes ou autres documents qui leur parviennent par erreur. Ils en enregistrent la date de réception et les transmettent à l'organe compétent.

   Selon l'art. 39 al. 2 LPGA en corrélation avec l'art. 60 al. 2 LPGA, lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé.

b. En l'espèce, le recourant a contesté auprès de l'intimée la décision sur opposition du 27 mars 2018, par courrier du 25 avril 2018, de sorte qu'il a agi en temps utile. Son écriture doit donc être considérée comme un recours à l'encontre de cette décision.

Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 89B LPA et art. 36 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 [LaLAMal - J 3 05]).

3. a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 125 V 413 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_87/2007 du 1er février 2008 consid. 1.1). Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 2.1).

La procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 ; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

b. En l'occurrence, le litige, déterminé par la décision sur opposition du 27 mars 2018, porte sur l'obligation de l'intimée, en sa qualité d'assureur-maladie obligatoire, de prendre en charge les factures relatives aux séjours hospitaliers du recourant à Londres, pour la période du 26 juillet au 31 décembre 2017, pour un montant de £ 301'604.-.

Si le litige peut être étendu aux factures postérieures au 31 décembre 2017, dès lors qu'il s'agit du même complexe de faits et que l'intimée s'est prononcée en contestant toute obligation de prise en charge du traitement effectué à Londres, une éventuelle participation de l'intimée au titre de l'assurance complémentaire n'entre pas en considération dans le cadre de la présente procédure, laquelle concerne uniquement l'assurance-maladie obligatoire.

4. 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 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent (al. 2) : 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 (let. a ch. 1), des chiropraticiens (let. a ch. 2), des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (let. a ch.3), les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien (let. b), une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin (let. c), les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin (let. d), le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (let. e), le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance (let. f bis), une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage (let. g), les prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments prescrits conformément à la let. b (let. h).

L'art. 32 al. 1 LAMal stipule que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal).

Selon 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 prévues aux art. 25 al. 2 et 29 LAMal qui sont fournies à l'étranger pour des raisons médicales ou dans le cadre d'une coopération transfrontalière, à des assurés qui résident en Suisse.

b. Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) intitulé « Prestations à l'étranger ».

5. a. Conformément à l'art. 36 al. 1 OAMal, le Département fédéral de l'intérieur désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 de la loi 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).

Selon la jurisprudence, 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 du point de vue de la LAMal. Ou bien il n'existe aucune possibilité de traitement de la maladie en Suisse ; ou bien il est établi, dans un cas particulier, qu'une mesure thérapeutique en Suisse, par rapport à une alternative de traitement à l'étranger, comporte pour le patient des risques importants et notablement plus élevés (RAMA 2003 n. KV 253 p. 229 consid. 2). Il s'agira, en règle ordinaire, de traitements qui requièrent une technique hautement spécialisée ou de traitements complexes de maladies rares pour lesquelles, en raison

précisément de cette rareté, on ne dispose pas en Suisse d'une expérience diagnostique ou thérapeutique suffisante (Gebhard EUGSTER, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd, n. 482). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_566/2010 du 25 février 2011 consid. 3). Le critère économique n'est pas déterminant pour autoriser la prise en charge d'un traitement médical dispensé à l'étranger par l'assurance obligatoire des soins ; seul importe le point de savoir s'il existe un traitement alternatif en Suisse (arrêt du Tribunal fédéral 9C_177/2017 du 20 juin 2017 consid. 6.2 et les références).

Une interprétation stricte des raisons médicales doit être de mise (ATF 134 V 330 consid. 2.4 ; ATF 131 V 271 consid. 3.2 et la référence à GUY LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, thèse Lausanne 2004, p. 262 ; dans le même sens EUGSTER, in op. cit., ch. 482). 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. À 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. À 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-FAURE 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 126 V 332 consid. 1b).

b. Aux termes de l'art. 36 al. 2 OAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement.

S'agissant de la condition d'urgence, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.2). Toutefois, le caractère approprié du retour à domicile ne s'apprécie pas exclusivement selon des critères médicaux. Il convient en effet de prendre en considération l'ensemble des circonstances du cas d'espèce. Il est ainsi compréhensible qu'un assuré, en proie à des douleurs aiguës, se rende sans plus attendre chez un médecin situé au lieu de séjour pour une première consultation et l'éventuelle prescription d'un médicament (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 7/02 du 23 août 2002 consid. 4). Par ailleurs, les coûts du retour à domicile doivent notamment se situer dans un rapport raisonnable avec les frais (arrêts du Tribunal fédéral des assurances K 24/04 du 20 avril 2005 consid. 5.4 et K 7/02 du 23 août 2002 consid. 4).

Lorsqu'un retour en Suisse est inapproprié, la prise en charge du traitement à l'étranger reste soumise aux limites de l'art. 36 al. 4 OAMal et il y a lieu de s'assurer que les critères d'efficacité et d'économicité sont également pris en compte (ATF 128 V 75 consid. 4 b ; ATF 131 V 271).

L'assurance-maladie suisse n'est pas tenue de prendre en charge les frais en lien avec une aggravation lorsqu'il existe un lien de connexité matériel et temporel entre l'atteinte à la santé requérant des soins urgents à l'étranger et un traitement à l'étranger qui n'est pas à charge de l'assurance-maladie suisse. Il n'est pas déterminant que la maladie nécessitant l'aide médicale urgente fût prévisible ou même qu'il existât une certaine probabilité qu'elle survînt (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 81/05 du 13 avril 2006). Il suffit en principe que l'atteinte à la santé qui doit être traitée d'urgence fasse partie des risques possibles du traitement non couvert à l'étranger. Constituent de tels risques toutes les maladies qui peuvent être favorisées par le traitement. Il en va différemment seulement s'il apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la maladie nécessitant des soins urgents serait également survenue sans le traitement en question (ATF 145 V 185 consid. 4.3 et les références).

6. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

b. La maxime inquisitoire signifie que l'assureur social et, en cas de litige, le juge, établissent d'office les faits déterminants, avec la collaboration des parties, sans être liés par les faits allégués et les preuves offertes par les parties, en s'attachant à le faire de manière correcte, complète et objective afin de découvrir la réalité matérielle (art. 43 LPGA ; art. 19 s., 22 ss, 76 et 89A LPA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY/Bettina KAHIL-WOLFF/Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 499 s.). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; ATF 122 V 157 consid. 1a ; ATF 117 V 261 consid. 3b et les références).

c. Une preuve absolue n'est pas requise en matière d'assurances sociales. L'administration et le juge fondent leur 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 319 consid. 5a).

7. a. En l'espèce, la chambre de céans observe d'emblée que la prise en charge en Angleterre ne saurait en aucun cas être considérée comme une urgence, dès lors que le recourant y a été transféré délibérément, à l'initiative de sa famille qui a organisé le déplacement, afin que la poursuite du traitement et la réhabilitation puissent se faire non seulement en anglais, mais également dans un établissement situé à proximité du lieu de résidence de la famille. Ce déplacement volontaire à l'étranger exclut donc précisément le caractère d'urgence d'une prestation médicale.

On relèvera encore à toutes fins utiles que si les premiers messages du recourant, succincts et imprécis, pouvaient laisser sous-entendre qu'il aurait été victime d'un AVC en Angleterre qui aurait nécessité une hospitalisation d'urgence, l'intéressé n'a pas allégué, en cours de procédure, qu'il aurait présenté de nouvelles affections suite à son arrivée à Londres, sans lien avec celles qui ont motivé la poursuite du traitement à l'étranger. Il ressort au contraire clairement de ses écritures qu'il a continué à y être soigné pour les troubles diagnostiqués à Genève en mars 2017.

Que le Dr F_____ ait signalé une dégradation de l'état de santé et indiqué que le recourant devait être considéré comme un « patient médical » et non en réhabilitation (cf. lettres des 31 juillet et 7 août 2017) n'est pas pertinent, étant encore précisé que ce médecin n'a pas fait état de troubles survenus à Londres sans lien de connexité avec ceux déjà présentés à Genève.

b. Le recourant ne peut donc pas prétendre à la prise en charge de ses frais de traitement sur la base d'une urgence médicale.

8. a. La chambre de céans constate ensuite que les affections présentées par le recourant sont médicalement bien connues et que les HUG disposent d'une expérience diagnostique et thérapeutique suffisante à cet égard. En dépit de la gravité et du cumul des pathologies dont souffre le recourant, ces atteintes ne requièrent pas une technique hautement spécialisée indisponible en Suisse.

   Le recourant ne soutient d'ailleurs pas qu'il aurait bénéficié d'un traitement expérimental inexistant en Suisse. Et le Prof. I_____ a expressément mentionné que le patient avait été transféré dans un service de spécialisation « équivalente » (cf. rapport du 7 juin 2018), ce qui démontre la possibilité de traitement en Suisse.

   b. Force est donc de conclure, au vu de leur caractère standard, que les prestations médicales dont a bénéficié le patient à Londres auraient pu être fournies en Suisse.

9. a. Reste à examiner le critère de l'existence de risques importants et notablement plus élevés, dans l'éventualité d'un traitement en Suisse par rapport à une alternative de traitement à l'étranger.

   b. Le recourant remet en cause la qualité des soins reçus, affirmant notamment que les médecins des HUG auraient posé un diagnostic erroné, auraient introduit une canule de mauvaise taille et n'auraient pas détecté assez rapidement certains troubles.

   Il ne produit cependant pas le moindre document venant étayer ses allégations. D'ailleurs, le Dr F_____, spécifiquement interrogé par le recourant sur une éventuelle négligence de la part des médecins suisses, n'a pas retenu que la qualité de la prise en charge aux HUG n'aurait pas atteint un niveau acceptable. Il n'a pas non plus indiqué qu'il aurait procédé différemment s'il avait été appelé à intervenir plus tôt. Enfin, il a mentionné qu'il n'aurait pas attribué les AVC à des vascularites car, de son point de vue, « les signes ne pointaient pas vers ce diagnostic », ajoutant que le temps leur « avait donné raison ». Il n'a cependant pas remis en cause le diagnostic principal de méningo-encéphalite associée à une vasculite compliquée d'AVC ischémiques pontiques latéraux et temporal profond droit (cf. résumé de séjour du 28 mai 2017 de la Dresse D_____). Il a conclu son appréciation en indiquant qu'une négligence serait très difficile à prouver, en cas d'action judiciaire (cf. lettre du 17 avril 2018).

   Aucun indice ne vient conforter les allégations du recourant selon lesquelles il n'aurait pas bénéficié d'un traitement adéquat et efficace.

   c. Le recourant soutient également qu'il a pu bénéficier, à son arrivée à Londres, d'une surveillance personnelle, ce qui n'était pas le cas à Genève, et qu'un plan de rééducation intensive a été mis en place, avec des horaires précis et l'intervention de plusieurs spécialistes.

S'il est compréhensible que le recourant ait entendu privilégier un séjour dans des cliniques privées et bénéficier de prestations plus personnalisées, dont notamment une surveillance individuelle et une prise en charge thérapeutique sur mesure, et rendre son hospitalisation la plus confortable possible, pour ses proches et pour lui, il sied de rappeler que seul importe le point de savoir s'il existe un traitement alternatif en Suisse et qu'un avantage thérapeutique minime d'une prestation fournie à l'étranger ne saurait justifier une dérogation au principe de territorialité. Les avantages médicaux doivent s'interpréter restrictivement.

En l'occurrence, rien ne permet de penser que l'intéressé aurait été en danger en raison d'une surveillance insuffisante à Genève. En outre, il ressort des rapports des HUG que le patient a, quotidiennement et dès le début, été pris en charge par des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des logopédistes, en fonction de sa motivation et de sa fatigue.

d. Enfin, le recourant se prévaut de problèmes linguistiques, dès lors qu'il ne parle pas le français et que le personnel soignant ne pouvait communiquer à satisfaction en anglais. Il souligne qu'une bonne compréhension était indispensable pour favoriser sa rééducation.

Comme rappelé précédemment, des avantages minimes ne constituent pas des raisons médicales au sens de la règlementation en vigueur. Que le recourant et sa famille aient souhaité que les soins soient prodigués dans une langue qu'ils maîtrisent s'explique aisément. Mais cela ne signifie pas pour autant que les HUG ne pouvaient pas lui assurer une prise en charge adéquate. À cet égard, les attestations du Prof. I_____, selon lesquelles les mesures de soins et de rééducation étaient sévèrement limitées, voire impossibles en raison de la barrière de la langue, n'emportent pas la conviction de la chambre de céans. Le recourant n'est certainement pas le seul patient non francophone pris en charge par les HUG. Quant aux explications du professeur selon lesquelles la durée du traitement aurait pu être réduite par des thérapies dispensées en anglais, il est rappelé que selon la jurisprudence, le critère économique n'est pas déterminant pour autoriser la prise en charge d'un traitement médical dispensé à l'étranger par l'assurance obligatoire des soins.

e. Il appert donc que le critère de l'existence de risques importants et notablement plus élevés, dans l'éventualité d'un traitement en Suisse par rapport à une alternative de traitement à l'étranger, n'est pas non plus réalisé.

10. En l'absence d'offre de preuve et de pièce corroborant les allégations du recourant, la chambre de céans retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que les traitements dispensés à la « London Clinic » puis au « Wellington Hospital » n'ont pas été effectués en raison d'une urgence médicale, qu'il existait bien une possibilité de traitement en Suisse et que les mesures thérapeutiques qui y auraient été dispensées ne comportaient pas des risques importants et notablement

plus élevés, par rapport à l'alternative des traitements dont le recourant a bénéficié à Londres.

11. Par conséquent, une exception au principe de la territorialité n'est pas admissible dans le cas présent. Rien ne justifie en effet qu'une caisse-maladie suisse (soit l'assurance obligatoire des soins) prenne en charge les coûts du traitement poursuivi à l'étranger.

12. Enfin, en l'absence de raisons médicales justifiant le traitement effectué à Londres, le recourant n'a pas droit au remboursement d'un montant équivalent aux frais qui auraient été occasionnés si le traitement avait eu lieu en Suisse.

13. À toutes fins utiles, la chambre de céans relèvera encore que le recourant, soit pas plus lui que sa famille, ne se sont renseignés auprès de l'intimée avant d'organiser son transfert pour Londres ni ne l'ont même informée.

    Ce transfert a été envisagé dès le 1er juin 2017, comme en atteste la lettre de transfert du Dr E_____ rédigée en anglais. Or, le recourant n'a pris contact avec l'intimée que le 23 août 2017. Il lui a alors transmis des informations qui apparaissent volontairement lacunaires, parfois même fausses, puisqu'il a mentionné une hospitalisation à Londres en raison d'un AVC, omettant de préciser que ce trouble était survenu à Genève (cf. courriel du 23 août 2017). Il a précisé qu'il s'agissait d'une « urgence médicale », sans référence aucune à son séjour aux HUG (cf. courriel du 27 septembre 2017 et courrier du 27 février 2018). Il a exposé qu'il n'était pas en mesure de voyager (cf. courriel du 13 novembre 2017 et courrier du 27 février 2018), passant sous silence son transfert volontaire, qui est immanquablement de nature à contredire l'impossibilité de voyager, étant rappelé que l'état de santé du recourant s'est, selon ses dires, amélioré grâce aux soins prodigués à Londres. Spécifiquement interrogé sur une consultation antérieure en Suisse, il a même répondu à l'intimée qu'il n'y en avait pas eu (cf. courriel du 8 février 2018).

    Bien que questionné à plusieurs reprises sur les circonstances de son transfert, tant par l'intimée que par la chambre de céans, le recourant n'a pas apporté les renseignements requis.

14. Eu égard à tout ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge le traitement dispensé à Londres dès le mois de juin 2017.

15. Le recours, en tous points mal fondé, est rejeté.

16. L'intimée n'a pas droit à l'allocation de dépens. En effet, selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré (ATF 126 V 143 consid. 4). Partant, aucune indemnité ne lui sera accordée de ce chef.

17. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification 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 - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; 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	Le président
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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