

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4340/2015

ATAS/429/2017

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 29 mai 2017**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à CHAMBÉSY

recourante

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, sise rue des Cèdres 5,  
MARTIGNY

intimée

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBÀ et Larissa ROBINSON-MOSER,  
Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1960, était, en 2014, au bénéfice notamment d'une assurance-maladie obligatoire des soins auprès de la Mutuel assurance maladie SA (ci-après l'assureur ou l'intimée).
2. Le samedi 26 juillet 2014, alors qu'elle se trouvait en vacances en Italie, l'assurée a souffert de douleurs au genou gauche.
3. Le jour-même, l'assurée s'est rendue à la consultation du professeur B\_\_\_\_\_, à la C\_\_\_\_\_ (ci-après la clinique privée) à Rome, où une imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) a notamment été effectuée.
4. Le lundi 28 juillet 2014 à 17h45, une arthroscopie et une méniscectomie partielle du genou gauche de l'assurée ont été réalisées à la clinique privée. Les contrôles et les traitements post-opératoires de physiothérapie ont été effectués à Rome jusqu'au 14 août 2014.
5. Les 20 et 21 août 2014, l'assurée a transmis à l'assureur les factures relatives à ces traitements.
6. Le 8 septembre 2014, l'assurée a expliqué notamment qu'elle s'était rendue le 20 juillet 2014 en vacances en Italie et qu'elle avait ressenti un blocage soudain de l'articulation du genou. Avant son départ en Italie, elle avait consulté le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, pour des douleurs au genou. Elle avait déjà adressé les factures relatives aux traitements effectués en Italie à un autre assureur, le Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa (ci-après le FASI ou l'assureur privé italien).
7. Par décompte du 10 octobre 2014, l'assureur a refusé la prise en charge du traitement prodigué du 26 juillet au 14 août 2014, au motif qu'il ne s'agissait pas d'une urgence.
8. Le 29 octobre 2014, l'assurée a contesté l'absence d'urgence et a transmis un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 27 octobre 2014. Selon ce médecin, l'assurée l'avait consulté le 11 février 2014 pour des gonalgies gauches modérées chroniques. Une radiographie du genou effectuée le 16 juillet 2014 n'avait pas montré d'anomalie osseuse, ni de pincement significatif articulaire. Un traitement avait été prescrit. Le 26 juillet 2014, l'assurée avait subi un blocage aigu complet et très algique de son genou gauche. N'ayant pas pu rentrer en Suisse, elle avait été correctement diagnostiquée et traitée chirurgicalement par le Prof. B\_\_\_\_\_.
9. Le 11 décembre 2014, l'assureur a maintenu sa position.
10. Le 22 décembre 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a expliqué à l'assureur que l'assurée n'était pas partie en Italie avec l'intention de se faire opérer puisque le problème méniscal n'avait pas encore été diagnostiqué. Elle avait subi en Italie un blocage aigu complet et très algique de son genou. Dans son état, il lui était impossible de rentrer à Genève pour faire la même intervention.

11. Le 5 février 2015, l'assurée a contesté la position de l'assureur, faisant valoir l'existence du caractère urgent de l'intervention chirurgicale. Le choix porté sur la clinique privée avait été fait compte tenu de ses hautes compétences professionnelles et de l'urgence. Enfin, l'assureur avait été informé par téléphone de la situation au moment de l'hospitalisation et il n'avait fait état d'aucune des limitations soulevées par la suite.
12. A la demande de l'assureur, l'assurée lui a transmis le dossier de la clinique.
13. Le 30 avril 2015, la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin conseil de l'assureur, a estimé qu'il ne s'agissait pas d'une urgence médicale.
14. Par décision du 3 juin 2015, l'assureur a maintenu sa position.
15. Le 26 juin 2015, l'assurée s'est opposée à cette décision. Elle a relevé notamment qu'en raison des fortes douleurs ressenties le samedi 26 juillet 2014 et étant dans l'impossibilité de marcher, elle avait cherché un établissement proche de son domicile pour un diagnostic urgent. Elle a joint le rapport d'IRM du 26 juillet 2014 et un rapport du Prof. B\_\_\_\_\_ du 22 juin 2015 rédigés en italien.
16. Par rapport du 26 octobre 2015, la Dresse E\_\_\_\_\_ a relevé que le diagnostic qui avait été retenu en Italie était une rupture du ménisque interne du genou gauche et une chondropathie. Une arthroscopie et une méniscectomie sélective interne avaient été réalisées. Selon elle, les traitements effectués en Italie ne revêtaient pas un caractère d'urgence étant donné qu'il s'agissait d'un problème médical chronique et que l'intervention, si réellement indiquée, aurait pu être pratiquée au retour de l'assurée en Suisse.
17. Par décision du 23 novembre 2015, l'assureur a rejeté l'opposition et confirmé le refus de prendre en charge les prestations pour un montant total de CHF 10'134.95. Les soins avaient été dispensés par une clinique privée, avec une tarification relevant du droit privé, de sorte que la prise en charge des prestations était soumise au seul droit suisse. Selon le médecin-conseil, il ne s'agissait pas d'une urgence qui nécessitait une intervention chirurgicale immédiate. En outre, l'assureur privé italien était déjà intervenu dans le paiement partiel des prestations. Or, l'assurance obligatoire des soins n'intervenait pas subsidiairement aux assureurs privés. Enfin, les participations aux coûts ne pouvaient pas être assurées.
18. Par acte du 11 décembre 2015, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant à la prise en charge des frais de traitement laissés à sa charge par l'assureur privé italien. Elle a indiqué notamment que le 26 juillet 2014, elle avait ressenti une forte douleur au genou gauche avec blocage de l'articulation. En raison de la douleur insoutenable rendant ses déplacements impossibles, elle avait cherché une structure médicale à proximité de son domicile. Le choix de cette clinique, qui était une structure spécialisée en orthopédie notamment, avait permis qu'un examen immédiat soit effectué. Cette clinique était reconnue par les compagnies d'assurance les plus réputées d'Italie, dont l'assureur privé italien auprès duquel elle bénéficiait

d'une couverture d'assurance. Elle était comparable aux cliniques auxquelles sa police d'assurance lui permettait l'accès en Suisse.

La recourante a notamment fait valoir que la condition de l'urgence des soins n'était pas applicable, car selon les dispositions de l'accord sur la libre circulation des personnes, il suffisait que les soins s'avèrent nécessaires d'un point de vue médical pour que l'assurance-maladie doive prester, ce qui était le cas en l'occurrence.

Par ailleurs, l'intervention chirurgicale présentait un caractère urgent, comme l'attestait le rapport du Prof. B\_\_\_\_\_ du 22 juin 2015. La position de l'intimée était également contestée par le Dr C\_\_\_\_\_. La recourante ne voyait pas quel avantage elle aurait tiré de choisir une clinique italienne alors qu'elle bénéficiait d'une couverture en semi-privé en Suisse. La blessure s'était produite en Italie et le blocage de l'articulation et la douleur forte en résultant, avaient été les facteurs qui l'avaient décidée à effectuer un traitement urgent, étant rappelé que l'incident avait eu lieu un samedi, pendant les vacances d'été. Un rapatriement en Suisse aurait comporté des risques et une prolongation de la douleur. En outre, l'assureur avait été informé par téléphone le 28 juillet 2014 à 16h00 de l'incident et de la décision d'effectuer une intervention auprès de la clinique. Aucune objection n'avait été soulevée s'agissant du choix de la clinique et de ses implications. Aucune vérification de la conformité d'un tel choix avec la loi suisse n'avait été faite.

Par ailleurs, le montant réclamé était inférieur à CHF 10'134.95, étant donné que l'assureur privé italien avait déjà pris en charge une partie des frais. Il intervenait de manière subsidiaire à la prise en charge par une caisse-maladie, en l'occurrence l'intimée, et non l'inverse. Un traitement dans une structure similaire en Suisse aurait certainement été plus onéreux pour l'intimée.

A l'appui de son recours, la recourante a produit un rapport traduit en français du Prof. B\_\_\_\_\_ du 22 juin 2015, selon lequel l'assurée présentait, le 26 juillet 2014, un blocage articulaire antalgique du genou gauche avec douleur médiale due à une méniscope interne. Sur la base notamment de cette symptomatologie et de l'IRM effectuée ce jour-là, avec une lésion « a lembo » de la portion interne du ménisque médial, il avait conseillé une intervention arthroscopique à exécuter d'urgence, vu le blocage articulaire présenté par l'assurée.

19. A la demande de l'intimée, les images de l'IRM et de l'arthroscopie effectuées les 26 et 28 juillet 2014 lui ont été transmises.
20. Par réponse du 18 février 2016, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Elle a relevé que contrairement à ce que faisait valoir la recourante, seul le droit suisse était applicable. L'opération avait été programmée trois jours après l'apparition des douleurs et les examens du 26 juillet 2014. Dans l'intervalle, la recourante avait pu rentrer chez elle avant de retourner à la clinique le 28 juillet 2014 pour se faire opérer. Il n'y avait donc aucun caractère d'urgence dans le déroulement de sa prise en charge. De plus, la recourante aurait pu rentrer

en Suisse, sous traitement antalgique, par ses propres moyens, soit en voiture, en train ou en avion. L'intimée a relevé également que la recourante était assurée par le FASI, qui était un fond d'assistance médicale complémentaire aux prestations du système sanitaire national italien (ci-après SSN), comme l'indiquait son site internet. Enfin, la bonne foi de la recourante ne pouvait pas être admise. A aucun moment, l'intimée n'avait donné de garantie de couverture pour l'opération en question et la recourante avait attendu trois jours avant de l'avertir de sa décision et seulement une heure quarante-cinq avant le début de l'opération. La recourante aurait dû téléphoner au numéro d'urgence dès le 26 juillet 2014 afin de se renseigner sur les conditions de prise en charge de son traitement.

L'intimée a produit notamment un rapport établi le 30 janvier 2016 par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil, concluant à l'absence d'urgence. Il a relevé en particulier que l'IRM du 26 juillet 2014 avait été faite en position d'extension et non en flexion. Il n'y avait donc pas eu de blocage en flexion. De plus, en l'absence d'une lésion en anse de sceau étendue, d'une hémarthrose majeure ou d'un épanchement sous tension, il n'y avait pas d'urgence. La recourante aurait donc pu rentrer en Suisse afin de s'y faire opérer.

21. Par réplique du 13 avril 2016, la recourante a souligné que l'accident avait eu lieu le samedi 26 juillet 2014 et l'intervention le 28 juillet 2014. Ainsi, le temps écoulé entre l'accident, le diagnostic et l'opération n'avait été que de deux jours et six heures. L'objectif avait été de réduire sa douleur et de pallier à son impossibilité de marcher. La recourante a rappelé que sa demande visait uniquement le remboursement de CHF 4'000.-. Un retour en Suisse aurait été sans doute possible, mais avec le risque d'aggraver la blessure, prolongeant ainsi la douleur et le moment de l'opération, vu les vacances d'été. Elle aurait dû rentrer seule, étant donné que son mari devait travailler à Rome. Un retour en Suisse n'aurait pas été raisonnable, comme l'estimait le Dr C\_\_\_\_\_ dans un rapport du 14 mars 2016 qu'elle produisait. La condition de l'urgence était donc réalisée. En outre, lorsqu'elle avait contacté l'intimée, celle-ci ne l'avait pas mise en garde sur le refus éventuel d'une prise en charge de l'intervention. Elle s'était limitée à enregistrer le choix de la clinique et à lui demander de présenter les factures. La recourante avait considéré une telle réaction comme un consentement tacite à la poursuite de l'opération.

Selon le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ produit par la recourante, celle-ci avait subitement développé un blocage algique au genou gauche avec impossibilité de tendre ou fléchir l'articulation et de marcher. Elle avait naturellement consulté en urgence. Elle avait été prise en charge avec un traitement antalgique et anti-inflammatoire par perfusion et une IRM du genou avait dû être effectuée après quelques heures. Contrairement à ce qu'avançait le Dr F\_\_\_\_\_, la recourante n'avait pas pu complètement plier ou tendre son genou et l'IRM avait été effectuée sous antalgiques. La marche était impossible. Il s'agissait bien d'un lambeau méniscal replié sous le corps méniscal bloquant les mouvements du genou pendant deux

jours et demi avant que la méniscectomie partielle libère quasi immédiatement le blocage et les douleurs. Selon le médecin-conseil, la recourante aurait pu attendre son retour en Suisse. Or, la recourante ne pouvait se déplacer en marchant, mais seulement en chaise roulante de sorte qu'il était difficile d'imaginer un voyage de douze heures en voiture ou des transferts dans les aéroports. Tous les moyens de transports pour revenir en Suisse auraient été possibles, mais absolument pas raisonnables et très difficiles.

22. Par duplique du 3 mai 2016, l'intimée a fait valoir notamment que la recourante n'avait pas eu besoin d'un traitement immédiat et qu'un retour en Suisse aurait été approprié.

L'intimée a produit un rapport du 26 avril 2016 du Dr F\_\_\_\_\_, rappelant que le blocage annoncé était en position favorable pour se déplacer avec des cannes, voire en chaise roulante, puisque le genou était en position d'extension ou proche de l'extension lors de l'IRM. Il ne s'agissait pas d'un blocage en flexion inadéquate pour la marche (genou fixé dans une position de 30-40°, ou plus). Même si la recourante ne pouvait pas complètement plier ou tendre son genou, une réduction partielle de la mobilité, telle que décrite par le Dr C\_\_\_\_\_, sans évidence d'un genou fixé inadéquatement, restait une position convenable pour temporiser et permettre un déplacement. Un tel blocage était certes désagréable, voire douloureux selon les personnes, mais pas insupportable si les moyens adéquats étaient mis en place (antalgie et protection du genou). Enfin, selon la littérature médicale, il n'y avait pas de risque connu d'aggraver une blessure si le genou était protégé convenablement (orthèse, etc.), même si le délai jusqu'à l'opération durait plusieurs jours, voire quelques semaines. Un retour en Suisse, avant l'opération, était possible et raisonnable.

23. Le 29 juin 2016, la chambre de céans a entendu les parties. La recourante a expliqué notamment que le samedi en question, en raison des violentes douleurs, elle avait immédiatement consulté. Elle était restée avec la jambe bloquée en extension et elle ne pouvait pas poser le pied par terre. La clinique se trouvait à 60 km de là et c'était le moyen le plus rapide pour faire face à sa douleur et trouver une solution. Comme elle ne pouvait pas marcher, en urgence, elle avait été vue par un médecin; elle était en chaise roulante. Le professeur avait regardé l'IRM et avait dit qu'il fallait opérer tout de suite. L'intervention avait été programmée pour le lundi matin et c'était son mari qui avait appelé l'intimée. La recourante a indiqué que lorsque le professeur lui avait dit qu'il fallait immédiatement opérer, elle ne pouvait pas lui dire non; elle avait des lettres du professeur qui attestaient qu'il fallait qu'elle soit opérée tout de suite. Elle avait de très fortes douleurs et on lui avait donné de la morphine par la bouche. Elle était rentrée chez elle à Rome et elle avait pris des antidouleurs en attendant l'intervention du lundi. Elle n'avait même pas pensé à un rapatriement dès lors que le professeur lui avait dit qu'il fallait l'opérer tout de suite. Ensuite, elle était restée à Rome durant toute la durée de la physiothérapie, soit environ 15 jours. Elle avait encore fait des contrôles à Rome

par la suite. Si elle avait attendu d'être rapatriée, son état de santé se serait certainement péjoré. D'ailleurs, elle avait perdu plusieurs kilos avant l'intervention du lundi car elle ne pouvait pas manger en raison de la prise de médicaments. Elle aurait peut-être dû rentrer en ambulance. Même si elle n'avait pas eu d'assurance privée, elle se serait fait opérer à la clinique.

Le mari de la recourante a expliqué que lui et son épouse bénéficiaient d'une assurance privée italienne qui les couvrait dans le monde entier. Elle avait des accords avec diverses cliniques et couvrait une partie des frais. En l'occurrence, elle avait pris en charge les frais à hauteur d'environ CHF 6'000.- et il restait environ CHF 4'000.-. L'assureur privé italien avait payé directement la clinique. Lorsqu'il avait téléphoné le lundi matin à l'intimée avant l'intervention, il avait expliqué la situation, qu'il y avait une intervention prévue et il avait donné le nom de la clinique. La personne au téléphone ne l'avait pas dirigé vers le service international d'urgence. Elle lui avait dit simplement d'envoyer les factures. On ne lui avait pas dit que sa femme devait rentrer.

L'intimée a expliqué qu'en cas d'urgence médicale à l'étranger, les assurés doivent appeler le numéro international d'urgence qui est disponible 24h sur 24. Ainsi, la recourante aurait dû l'appeler déjà le samedi. L'intimée n'avait pas d'enregistrement des appels du service international. De son point de vue, la recourante devait se faire rapatrier en Suisse. Il n'y avait pas eu de prise en charge d'urgence immédiate ayant conduit à une intervention d'urgence. Enfin, en l'occurrence, il n'y avait pas la tarification de base de la SSN, il n'y avait que la tarification privée.

24. Par pli du 15 juillet 2016, la chambre de céans a demandé au Prof. B\_\_\_\_\_ de se déterminer sur l'urgence médicale et la possibilité d'un retour en Suisse.
25. Le 5 octobre 2016, la chambre de céans a entendu le Dr C\_\_\_\_\_ qui a expliqué notamment que la recourante lui avait rapporté que son genou s'était bloqué, qu'elle avait consulté en urgence le samedi 26 juillet 2014, que lorsque l'IRM avait été effectuée, elle avait déjà subi deux heures de perfusions antalgiques et qu'elle avait un coussin sous le genou. Du point de vue du médecin, à l'image IRM, l'extension n'était pas complète. Il n'était pas un spécialiste des lésions méniscales, mais à l'examen de l'IRM et du rapport d'arthroscopie, il s'agissait bien d'un lambeau méniscal replié sous le corps méniscal qui bloquait les mouvements du genou pendant deux jours et demi et qui devait être très douloureux. La patiente avait été mise sous antalgiques pendant trente-six heures et comme rien n'avait changé au niveau des douleurs, il fallait intervenir. De son point de vue, un retour en Suisse dans des conditions où la recourante ne pouvait pas marcher, avec un genou extrêmement douloureux, n'aurait pas été raisonnable et en tout cas très difficile. Si la recourante était revenue à Genève, il aurait encore fallu trouver un chirurgien pour l'opérer, ce qui aurait retardé l'intervention et prolongé les douleurs. Les délais d'attente, aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) par exemple, étaient de plus très longs.

A l'issue de l'audience, la recourante a maintenu ses conclusions. L'intimée a indiqué qu'elle allait préparer un calcul relatif au remboursement de la consultation d'urgence du 26 juillet 2014, y compris l'IRM.

26. Le 14 octobre 2016, la chambre de céans a réceptionné un rapport établi par le Prof. B\_\_\_\_\_ le 27 septembre 2016, rédigé en anglais.
27. Le 17 octobre 2016, l'intimée, après avoir effectué une simulation de calcul d'une consultation ambulatoire aux HUG, a proposé de verser à la recourante le montant de CHF 185.65 à bien plaie et pour solde de tout compte.
28. Par écriture du 31 octobre 2016, l'intimée a expliqué que selon le Dr F\_\_\_\_\_, le rapport du Prof. B\_\_\_\_\_ du 27 septembre 2016 confirmait qu'il ne s'était pas agi d'un blocage complet nécessitant une opération dans les heures suivantes, mais bien d'un blocage antalgique, chaque pas causant une forte douleur avec boiterie. La recourante pouvait mettre du poids sur sa jambe, avec une sévère boiterie. Un déplacement avec des cannes ou en chaise roulante était donc possible. Le Prof. B\_\_\_\_\_ ne se déterminait d'ailleurs pas sur un retour en Suisse.

En conclusion, selon l'intimée, afin d'obtenir des prestations de l'assurance obligatoire des soins, la recourante aurait dû rentrer en Suisse ou se faire opérer dans un hôpital public italien afin de bénéficier des dispositions de l'entraide internationale en matière de soins. Grâce à sa couverture d'assurance privée italienne, elle avait pu choisir de se faire traiter dans une clinique privée, dont les coûts avaient été pris en charge aux conditions posées par l'assureur privé italien. Le même raisonnement s'appliquait aux soins subséquents de physiothérapie auprès de World Medicine Villa Ada, structure qui n'était pas conventionnée avec la SSN, mais seulement avec des assureurs privés, comme cela résultait de son site internet.

29. Par pli du 16 novembre 2016, la recourante a relevé que le Prof. B\_\_\_\_\_ avait déclaré que bien qu'il s'était agi d'un blocage antalgique, sa lésion était très douloureuse et que ce genre de lésion exigeait un traitement rapide, vivement conseillé afin de soulager la douleur. Selon la recourante, la décision de se faire opérer le plus rapidement possible était certainement la plus judicieuse. Un éventuel transfert en Suisse aurait impliqué le report de l'opération d'au moins une semaine, avec des souffrances inutiles et une possible aggravation de la blessure. Les frais de transport et le coût des traitements en Suisse auraient indéniablement conduit à des montants plus élevés que ceux réclamés à l'intimée, vu en outre la prise en charge par l'assureur privé italien. La recourante a rappelé que l'intimée ne l'avait pas informée d'un risque éventuel de non-remboursement d'un traitement effectué dans un établissement privé en Italie. Si l'intimée l'avait dûment informée, elle aurait réfléchi et aurait pris une décision en conséquence. Elle avait agi de bonne foi et de manière correcte.
30. Le 22 novembre 2016, l'intimée a rappelé sa proposition de transaction à bien plaie. Par ailleurs, cette proposition était basée sur une simulation et ne pouvait

servir à trancher le cas concret. Sauf accord de la recourante avec cette proposition, l'intimée maintenait ses précédentes conclusions.

31. Le 2 décembre 2016, la recourante a refusé la proposition de l'intimée et a persisté dans ses conclusions.
32. Après avoir adressé une copie de ce courrier à l'intimée, la chambre de céans a gardé la cause 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) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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. Selon l'art. 1 al. 1 de la LAMal, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, sont applicables au cas d'espèce.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à la prise en charge par l'intimée des traitements effectués en Italie pendant la période du 26 juillet au 14 août 2014.
5. 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.

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 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 (première phrase).

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 ». D'après cette disposition, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger

dans le but de suivre ce traitement (al. 2). Les prestations sont prises en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse (al. 4).

Les dispositions sur l'entraide internationale en matière de prestations demeurent réservées (al. 5).

b. En l'occurrence, dans la mesure où les soins ont été prodigués en Italie, il convient d'examiner si la recourante peut se prévaloir d'un droit au remboursement en se fondant sur l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP - RS 0.142.112.681), entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002, ainsi que les règlements auxquels cet accord fait référence, et notamment l'art. 19 du Règlement n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012.

Le Tribunal fédéral a jugé, dans une affaire concernant le remboursement par une caisse-maladie en Suisse de traitements effectués en Italie, que lorsque les prestations ont été prodiguées par des prestataires de soins privés appliquant des tarifs privés, les dispositions prévues par les règlements auxquels fait référence l'ALCP ne trouvent pas d'application et que dans ces circonstances, la prise en charge du remboursement ne peut s'examiner qu'au regard des conditions posées par l'art. 36 OAMal (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_562/2010 du 29 avril 2011 consid. 5.2).

c. En l'occurrence, il n'est pas contesté par les parties que les prestations litigieuses (consultation du 26 juillet 2014, intervention chirurgicale du 28 juillet 2014 et séances de physiothérapie) ont été prodiguées par des prestataires des soins qui ne sont pas agréés par le SSN et qui, en outre, ont appliqué des tarifs privés.

Par conséquent, la législation suisse est seule applicable au présent litige.

d. 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 ; 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).

Le Tribunal fédéral a admis le caractère urgent d'une intervention dans le cas d'un assuré, atteint d'une maladie coronarienne sévère avec un status après plusieurs angioplasties et stents, qui s'était rendu chez un médecin pour faire évaluer son état, alors qu'il souffrait de douleurs depuis plusieurs jours. Un angor instable avait été diagnostiqué et le médecin avait estimé qu'une hospitalisation en urgence était indispensable; le renvoi du patient dans le canton de son domicile comportait un risque important, voire vital. Le médecin avait donc fait admettre immédiatement le patient à l'hôpital, où les examens avaient confirmé une lésion subocclusive intrastent qui avait pu être dilatée par une intervention médicale du même jour (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_812/2008 du 31 mars 2009).

Le caractère d'urgence a été nié notamment dans un cas où une intervention avait eu lieu deux jours après la consultation d'un médecin et aucune pièce n'attestait que la patiente n'eût pas pu revenir en Suisse, même par ses propres moyens, pendant ce laps de temps (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.65/03 du 5 août 2003). Le caractère d'urgence a également été nié dans le cas d'une assurée âgée de 81 ans, qui, au lendemain de son arrivée sur sol américain et à cause de douleurs aiguës à son genou, a consulté un médecin, lequel a diagnostiqué une déchirure du ménisque et de l'arthrose, relevé des difficultés de mobilité engendrées par les fortes douleurs et pratiqué une méniscectomie ainsi qu'une chondroplastie fémorale par arthroscopie. Le Tribunal fédéral a considéré qu'il n'existait pas de raisons médicales liées à l'état de santé de l'assurée qui l'auraient empêchée de rentrer en Suisse. Celle-ci ne pouvait se prévaloir de son grand âge, ni des atteintes préexistantes (pontage coronarien, tension artérielle, cholestérol, diabète) dont elle souffrait pour justifier l'impossibilité d'entreprendre un retour anticipé afin de se faire opérer (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_291/2009 du 7 octobre 2009).

6. 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. 5 let. b ; ATF 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).
7. En l'occurrence, l'intimée est d'avis que les traitements effectués en Italie ne remplissaient pas la condition d'urgence, ce que la recourante conteste.

Il résulte des pièces versées au dossier et de l'instruction menée par la chambre de céans, que le samedi 26 juillet 2014, alors qu'elle se trouvait en Italie en vacances, la recourante a souffert de douleurs aiguës et d'un blocage du genou gauche. Elle s'est alors rendue à la consultation ambulatoire du Prof. B\_\_\_\_\_, qui a, suite à une IRM, constaté notamment une rupture du ménisque interne du genou gauche et fixé une intervention chirurgicale pour le lundi 28 juillet 2014. Entre temps, la recourante est rentrée chez elle en chaise roulante et a pris des antidouleurs.

La chambre de céans constate que la planification de l'intervention le lundi 28 juillet 2014 a eu lieu lors de la consultation auprès du Prof. B\_\_\_\_\_ le samedi 26 juillet 2014, sans qu'une hospitalisation n'ait été jugée nécessaire dans l'intervalle, ce qui démontre amplement que les douleurs aiguës présentées par la recourante ont pu être stabilisées de manière satisfaisante durant cette période et qu'il n'existait ainsi pas d'urgence médicale. Si tel avait été le cas, nul doute que même lors du week-end, le Prof. B\_\_\_\_\_ n'aurait pas repoussé l'intervention chirurgicale.

La recourante fait valoir qu'un retour en Suisse n'était pas exigible de sa part au vu de ses douleurs et du risque d'aggravation de sa blessure. Elle se réfère à l'avis du Dr C\_\_\_\_\_ lequel estime qu'un retour en Suisse n'était pas raisonnable et qu'il aurait été difficile étant donné que la recourante, qui ne pouvait pas marcher, présentait un genou très douloureux (rapport du 14 mars 2016 et procès-verbal d'audition du 5 octobre 2016).

On relèvera déjà qu'aucune pièce n'atteste que la recourante n'eût pas pu revenir en Suisse pour des raisons médicales. En effet, ni le Dr C\_\_\_\_\_, ni le Prof. B\_\_\_\_\_ n'ont fait état de la possibilité qu'une aggravation survienne si la recourante était rentrée en Suisse et si l'opération avait été reportée de plusieurs jours. Selon le Dr F\_\_\_\_\_, l'intervention aurait même pu avoir lieu plusieurs semaines après l'incident du 26 juillet 2014 (rapport du 26 avril 2016). En outre, s'il n'est pas contestable que la recourante ne pouvait pas marcher et qu'elle souffrait de fortes douleurs, il n'en demeure pas moins que le blocage du genou qu'elle présentait lui permettait tout de même l'utilisation d'une chaise roulante, comme l'a confirmé le Dr C\_\_\_\_\_ (rapport du 14 mars 2016). Par ailleurs, elle disposait d'antidouleurs, lesquels lui ont permis de passer le week-end chez elle en attendant l'opération (procès-verbal d'audition de la recourante du 29 juin 2016). Enfin, si l'on peut concevoir qu'un retour en Suisse pouvait paraître difficile pour la recourante, il n'en demeure pas moins qu'il n'était ni déraisonnable, en l'absence de raisons s'opposant à un report de l'intervention chirurgicale, ni impossible vu l'assistance pour les personnes à mobilité réduite (chaise roulante) dont disposent les aéroports internationaux de Rome et de Genève. Par conséquent, un retour en Suisse était une mesure appropriée.

Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a nié le caractère urgent de l'intervention chirurgicale effectuée le 28 juillet 2014 et des traitements post-opératoires.

En revanche, lorsque le samedi 26 juillet 2014 la recourante a été en proie à des douleurs aiguës et à un blocage de son genou gauche, il est compréhensible qu'elle se soit rendue sans plus attendre chez un médecin à Rome pour une première consultation afin d'obtenir un diagnostic sur la base d'examens appropriés et la prescription de médicaments. Il y a ainsi lieu d'admettre le caractère urgent de la consultation effectuée le 26 juillet 2014. Par ailleurs, il n'est pas contesté par l'intimée, ni contestable que cette consultation et les traitements effectués, y compris l'IRM, répondent aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.

L'intimée fait valoir qu'elle ne peut être tenue de prester subsidiairement à l'assureur privé italien, lequel est déjà intervenu pour une partie des frais.

La chambre de céans relèvera que le seul fait qu'un assureur privé ait déjà pris en charge une partie des frais de traitement ne saurait dispenser l'intimée de verser les prestations auxquelles elle est tenue en vertu des dispositions légales. Qui plus est, ce fait est à l'avantage de l'intimée puisqu'en l'absence de cette prise en charge par l'assureur privé italien, l'intimée aurait été tenue de rembourser la totalité de la facture (sous déduction des éventuelles franchise ou quote-part revenant à la recourante). Quoi qu'il en soit, on ne saurait admettre que, d'une manière générale et absolue, un assuré qui s'est soumis, à l'étranger, à des traitements urgents, ne puisse pas en obtenir la prise en charge au seul motif qu'il bénéficie d'une assurance-maladie complémentaire privée.

Enfin, l'intimée fait également valoir que le solde des factures correspond à la participation laissée à la charge de la recourante par l'assureur privé italien, de sorte que ce montant ne peut pas être remboursé par l'assurance obligatoire des soins.

Selon l'art. 68 al. 1 et 2 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Leur participation comprend un montant fixe par année (franchise) et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part). L'art. 68 al. 8 LAMal précise que la participation aux coûts ne peut être assurée ni par une caisse-maladie, ni par une institution d'assurance privée.

La chambre de céans relèvera que si la participation aux coûts ne peut certes pas être assurée, force est toutefois de constater que le solde des factures relatives à la consultation du 26 juillet 2014 ne correspond à l'évidence pas à la participation aux coûts visée par l'art. 68 LAMal, puisqu'aucune caisse-maladie suisse n'a encore pris en charge ces factures.

Par conséquent, l'intimée est tenue de prendre en charge les factures relatives à la consultation ambulatoire, aux examens et aux traitements prodigués à la recourante le 26 juillet 2014.

8. Il convient encore d'examiner si la recourante peut se prévaloir d'une violation du devoir de renseignement de la part de l'intimée pour obtenir de la recourante la prise en charge de l'intervention réalisée le 28 juillet 2014 et des traitements post-opératoires.

9. a. Selon l'art. 27 LPGA, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1), chacun ayant au surplus le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations, par les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2).

Le devoir de conseils de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation de rendre la personne intéressée attentive au fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin des conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur-maladie (Gebhard Eugster, ATSG und Krankenversicherung: Streifzug durch Art. 1-55 ATSG, RSAS 2003 p. 226; du même auteur, Krankenversicherung, in Soziale Sicherheit, SBVR, 2ème éd., n. 1190 p. 809). Le Tribunal fédéral a jugé qu'aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGA n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (ATF 133 V 249 consid. 7.2; ATAS/914/2016). Le devoir de conseils s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique. Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_557/2010 du 7 mars 2011 consid. 4.1). De manière générale, on doit également exiger de l'assuré un minimum d'attention, de réflexion et de bon sens (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1005/2008 du 5 mars 2009 consid. 3.2.2).

D'après le Tribunal fédéral, le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée de l'administration, qui peut obliger celle-ci à consentir à un assuré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, en vertu du droit constitutionnel à la protection de la bonne foi (art. 9 de la Constitution fédérale (Cst. - RS 101), à condition – selon les règles précitées dégagées de façon générale par la jurisprudence (consid. 6.a) – que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences, que l'assuré n'ait pas pu se rendre compte de l'inexactitude du renseignement obtenu, que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée, et que l'assuré se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées ; ATAS/1120/2014 du 4 novembre 2014 consid. 6c ; ATAS/534/2012 du 23 avril 2012 consid. 5 ; ATAS/1243/2011 du 17 janvier 2012

consid. 5 à 8 ; ATAS/637/2009 du 15 mai 2009 consid. 5). En cas d'omission de renseigner, il faut que l'assuré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_601/2009 du 31 mai 2010 consid. 4.2).

En particulier, on déterminera si l'absence de renseignement ou de conseil a bel et bien conduit l'administré à un comportement préjudiciable. La protection de la bonne foi de l'administré n'a en effet pas lieu d'être protégée s'il n'y a pas de lien de causalité entre le renseignement erroné donné ou le défaut de renseignement et les dispositions prises par l'intéressé. Si ce lien de causalité est établi, l'intéressé mal renseigné doit être replacé dans la situation financière dans laquelle il aurait été s'il avait été mis en situation de réagir par rapport à des renseignements corrects et complets. On doit alors en principe supposer qu'il aurait adopté un comportement raisonnable. En revanche, si les circonstances tendent à démontrer que tel n'aurait pas été le cas, l'intéressé ne pourra pas se prévaloir d'une violation de l'art. 27 LPGa (ATAS/637/2009 du 15 mai 2009).

b. En l'occurrence, la recourante fait valoir que l'intimée a été informée par téléphone le lundi 28 juillet à 16h00 de l'incident et de la décision d'effectuer une intervention auprès de la clinique privée. Selon la recourante, l'intimée s'est limitée à enregistrer le nom de la clinique et ne l'a pas mise en garde sur le refus potentiel d'une prise en charge de l'intervention.

On relèvera qu'en appelant l'intimée le lundi 28 juillet 2014 à 16h00, soit moins de deux heures avant l'intervention chirurgicale, la recourante et son époux n'ont pas cherché à obtenir des renseignements sur les conditions de prise en charge de cette opération. Si tel avait été le cas, la recourante ou son mari auraient contacté l'intimée sans tarder le samedi 26 juillet 2014, jour où l'intervention a été planifiée. Au demeurant, la recourante ne prétend pas avoir cherché à obtenir les renseignements précités. Elle reproche à l'intimée de ne pas avoir attiré son attention sur le fait que l'intervention risquait de ne pas être prise en charge. Or, en l'absence d'un enregistrement de la conversation téléphonique, la chambre de céans ne saurait retenir que l'intimée pouvait reconnaître, au vu des explications fournies par le mari de la recourante, que la condition de l'urgence au sens de l'art. 36 OAMal n'était en l'occurrence pas remplie. Qui plus est, même si l'intimée avait fait remarquer que s'agissant d'une intervention chirurgicale réalisée dans un établissement privé appliquant des tarifs privés, la recourante ne pourrait pas se prévaloir d'un droit au remboursement selon les dispositions de l'ALCP, la chambre de céans est d'avis que l'intéressée n'aurait néanmoins pas annulé l'intervention qui devait avoir lieu seulement deux heures plus tard. A cela s'ajoute le fait que la recourante a dûment expliqué avoir choisi cette clinique privée spécialisée en orthopédie pour ses hautes compétences professionnelles et que même en l'absence d'une assurance privée italienne, elle se serait fait opérer dans cet établissement (courrier du 5 février 2015 et procès-verbal d'audition du 29 juin 2016).

Compte tenu de ce qui précède, la recourante ne peut pas se prévaloir d'une violation de l'obligation de renseigner de l'intimée.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La décision sur opposition sera annulée en tant qu'elle refuse le remboursement des frais de la consultation, des traitements et des examens prodigués à la recourante en Italie le 26 juillet 2014, et confirmée pour le surplus. L'intimée sera condamnée à prendre en charge ces frais et la cause lui sera renvoyée pour calcul des prestations dues et nouvelle décision.
11. 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.
12. 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. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 23 novembre 2015 en tant qu'elle refuse la prise en charge des frais de la consultation, des traitements et des examens prodigués à la recourante le 26 juillet 2014 en Italie.
4. La confirme pour le surplus.
5. Condamne l'intimée à prendre en charge les frais de la consultation, des traitements et des examens prodigués à la recourante le 26 juillet 2014 en Italie.
6. Renvoie la cause à l'intimée pour calcul des prestations dues à la recourante et nouvelle décision.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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