

GE_GERICHTE ATAS/318/2015 vom 29. April 2015

GE Cour de justice, 2015-04-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_318_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/318/2015 du 29 avril 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/318/2015 del 29 aprile 2015

Erwägungen

E. 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 1er 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).

E. 2

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

E. 3

Interjeté dans le délai et la forme prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA-GE - E 5 10).

E. 4

Le litige consiste à déterminer si la recourante est en droit de réclamer à l'intimée la prise en charge des frais médicaux relatifs à son hospitalisation à Lomé, au Togo, du 2 septembre au 15 septembre 2013, pour un total de XFO 1'124'030.- (CHF 2'105.-). 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. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. Une mesure est efficace lorsqu'elle est démontrée selon des méthodes scientifiques et permet objectivement d'obtenir le résultat diagnostique ou thérapeutique

A/2396/2014 - 10/19 - recherché (ATF 139 V 135 consid. 4.4.1; ATF 128 V 159 consid. 5c/aa; RAMA 2000 p. 279). L'adéquation d'une mesure s'examine sur la base de critères médicaux. L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou par rapport à la solution consistant à renoncer à toute mesure; est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). La réponse à cette question se confond normalement avec celle de l'indication médicale; lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 139 V 135 consid. 4.4.2; ATF 125 V 95 consid. 4a). Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe dans le cas particulier plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une

balance entre coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse (ATF 124 V 196 consid. 4; RAMA 1998 p. 1). Le critère de l'économicité ne concerne pas seulement le type et l'étendue des mesures diagnostiques ou thérapeutiques à accomplir, mais touche également la forme du traitement, notamment les questions de savoir si une mesure doit être effectuée sous forme ambulatoire ou dans un milieu hospitalier et de quelle institution de soins ou service de celle-ci le cas de la personne assurée relève d'un point de vue médical (ATF 139 V 135 consid. 4.4.3; ATF 126 V 334 consid. 2b).

E. 5

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 prévus 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 OAMal, 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). Dans ce cas, 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). Il convient toutefois de s'assurer que les critères d'efficacité et d'économicité soient également pris en compte (ATF 131 V 271 consid. 3.1). 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).

A/2396/2014 - 11/19 - 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. 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).

E. 6

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351 consid. 3). A cet égard, le juge des assurances sociales 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; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif,

des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1; ATF 126 V 353 consid. 5b). 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 353 consid. 5; ATF 125 V 193 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 319 consid. 5a). Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPG). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3; ATF 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V A/2396/2014 - 12/19 - 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). L'obligation de prêter de l'assureur-maladie suppose des indications fiables notamment sur les investigations et les traitements. A cet égard, il convient de poser des exigences élevées en matière d'obligation de collaborer de l'assuré et de valeur probante des documents relatifs aux traitements hors de Suisse, d'autant plus que les possibilités de vérification par l'assureur à l'étranger sont restreintes (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 222/05 du 29 août 2006 consid. 4.2). En effet, les assureurs-maladies ne peuvent appliquer les art. 42 al. 3 et 4 et 57 al. 6 LAMal à l'encontre de prestataires étrangers. Il en résulte une obligation étendue pour l'assuré de collaborer à la récolte des données nécessaires à la décision. Les assurés ont ainsi l'obligation de fournir à l'assurance les factures originales, les dates du traitement, les diagnostics, les prestations médicales et leur coût, le lieu du traitement et le nom et l'adresse des prestataires étrangers. Le traitement doit en définitive être compréhensible et vraisemblable (EUGSTER, *Krankenversicherung in Soziale Sicherheit*, SBVR, 2ème éd. 2007, n. 486 p. 563). En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

E. 7

En l'espèce, l'intimée refuse de prendre en charge les frais médicaux relatifs à l'hospitalisation de la recourante à Lomé, se fondant sur son expérience en matière de prestations internationales ainsi que sur les conditions économiques et sanitaires du Togo. Elle considère que tous les documents produits sont faux, allant même jusqu'à douter de l'hospitalisation de la recourante et du paiement en espèces des soins. Lors de l'audience de comparution personnelle, elle a déclaré que de son point de vue la recourante s'était procuré de faux documents, avant d'admettre qu'elle avait bien été hospitalisée. La recourante conteste ce point de vue et soutient avoir entièrement satisfait à son obligation de collaborer en produisant tous les documents réclamés par l'intimée. Elle se déclare par ailleurs offusquée de l'accusation d'escroquerie à l'assurance portée par l'intimée à son encontre.

A/2396/2014 - 13/19 -

E. 8

Préalablement, il y a lieu de relever qu'il est établi que la recourante s'est rendue en avion, le 27 août 2013, de Genève à Lomé. La chambre de céans constate que la recourante, dès son retour du Togo, a communiqué à l'intimée une facture de la polyclinique d'un montant de XOF 1'124'030.- et un rapport médical, datés du 15 septembre 2013, relatifs à une hospitalisation du 2 au 15 septembre 2013. Dans le questionnaire pour sinistre du 16 octobre 2013, la recourante a précisé qu'elle était arrivée au Togo le 27 août 2013, que le retour était prévu le 19 septembre 2013 et qu'elle avait été hospitalisée le 2 septembre 2013 pour un paludisme grave et une salmonellose. A la demande de l'intimée, elle a transmis par la suite deux quittances, un certificat médical, les résultats des examens de laboratoire et d'un examen radiologique, ainsi qu'un extrait de son compte bancaire attestant de deux retraits bancaires effectués en Suisse avant son départ pour Lomé. Selon le rapport établi le 15 septembre 2013 par le Dr B_____, la recourante a été admise à la polyclinique, le 2 septembre 2013, en raison de fièvre, frisson, asthénie, vomissement, toux purulente, lipothymie et douleur thoracique. Ont été posés les diagnostics de pneumopathie infectieuse, paludisme grave et salmonellose digestive. Les soins ont consisté en hospitalisation, antipaludéen, antalgique et antibiotique. L'évolution clinique a été marquée par la persistance de la fièvre jusqu'au 12ème jour, puis une sortie le 14ème jour. Dans un premier argument, l'intimée conteste l'authenticité dudit rapport au motif que tout s'achète en Afrique. Toutefois, une affirmation aussi générale ne permet pas de remettre en cause son authenticité s'il n'existe pas des indices concrets faisant douter de celle-ci. L'intimée soutient que de tels indices résident dans le fait qu'un assuré au bénéfice d'un subsidé de prime d'assurance-maladie de 100%, voyage à l'étranger avec CHF 2'000.- en cash, que le montant de la facture correspond à une véritable fortune au vu du revenu moyen au Togo, que la recourante n'a pas pu fournir une preuve formelle du règlement de la facture, que la recourante n'a pas fait l'objet d'un suivi médical à son retour en Suisse, qu'il n'existe aucun rapport d'entrée ou de sortie motivant un séjour de quatorze jours, que les résultats de laboratoire ont été produits en février 2014 et qu'un vol est intervenu bien à propos lorsqu'elle a demandé des documents complémentaires. En audience de comparution personnelle, elle a toutefois admis que la recourante avait été hospitalisée.

E. 9

a) Au vu des déclarations contradictoires de l'intimée, la chambre de céans retiendra qu'elle ne conteste plus l'hospitalisation de la recourante à la polyclinique en septembre 2013. Par conséquent, il n'est pas nécessaire d'examiner si le registre manuscrit de la polyclinique

comportant le nom de la recourante au milieu d'autres noms de personnes hospitalisées les 3 et 4 septembre 2013 atteste l'hospitalisation de la recourante au début septembre 2013 malgré le vol des ordinateurs déclaré à la police locale, ce d'autant plus que l'absence de trace administrative du passage de

A/2396/2014 - 14/19 - l'assuré dans une clinique n'est pas un fait inhabituel dans un pays en voie de développement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 120/06 du 26 juillet 2007 consid. 3.2). b) La chambre de céans ne distingue pas en quoi le subsidie mensuel cantonal de CHF 90.- dont bénéficie la recourante depuis 2010 pour le paiement de sa prime d'assurance-maladie devait l'empêcher de retirer CHF 2'460.- de son compte en banque avant de partir au Togo pour un voyage de trois semaines. En effet, l'intimée n'a pas connaissance de la situation de revenu et de fortune de la recourante, de sorte qu'elle ne peut que procéder à des hypothèses ce qui ne satisfait pas aux exigences de preuve de la vraisemblance prépondérante. En outre, à l'instar de ce qui prévaut en droit des prestations complémentaires, il n'appartient pas à l'assureur de procéder à un contrôle du mode de vie des assurés, ni d'examiner si l'intéressé s'est écarté d'une ligne que l'on pourrait qualifier de « normale » et qu'il faudrait au demeurant préciser (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 65/04 du 29 août 2005 consid. 5.3.1; VSI 1994 p. 225 s. consid. 3b). Quoiqu'il en soit, sachant au demeurant que dans de nombreux pays en voie de développement les paiements par cartes bancaires ou cartes de crédit ne sont pas d'un usage courant, il n'y a rien d'extraordinaire à ce que la recourante ait procédé à des retraits en espèces avant son départ pour le Togo. c) L'intimée ne contestant plus, en définitive, que la recourante a été hospitalisée, le fait que celle-ci n'ait pas fait l'objet d'un suivi médical à son retour en Suisse n'est pas déterminant, mais dénote plutôt une certaine légèreté de sa part qui peut être expliquée par son « expérience » de la malaria au vu des épisodes antérieurs qu'elle avait déjà connus et, selon le médecin traitant (cf. rapport du 5 février 2014), d'un manque de précision de la part du Dr B. _____ quant à la nécessité de procéder à un tel suivi. d) S'agissant de la preuve du paiement de la facture, l'art. 88 al. 1 de la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO, Code des obligations - RS 220) prescrit que le débiteur qui paie a le droit d'exiger une quittance et, si la dette est éteinte intégralement, la remise ou l'annulation du titre. En signant un reçu au sens large, le créancier reconnaît que le débiteur a exécuté la prestation (ATF 127 III 444 consid. 1a). Lorsque la prestation en jeu est de nature pécuniaire, le terme utilisé est « quittance », qui se définit donc comme l'attestation du créancier reconnaissant avoir reçu la somme due (ATF 103 IV 36 consid. 2). Le reçu ou la quittance est un simple moyen de preuve (ATF 45 II 210; arrêt du Tribunal fédéral 4A_97/2007 du 10 octobre 2007 consid. 3.2). La quittance, envisagée par l'art. 88 CO, atteste la réception d'une prestation déterminée et constitue un moyen de preuve (ATF 139 III 160 consid. 2.7). Les deux quittances originales de la polyclinique des 2 et 15 septembre 2013 dûment signées et comportant le timbre de la polyclinique attestent que celle-ci a reçu de la part de la recourante XFO 20'000.- pour consultation, respectivement

A/2396/2014 - 15/19 - XFO 1'104'030.- pour hospitalisation, pharmacie, laboratoires et examens paramédicaux. Au vu de ce qui précède, de telles quittances constituent un moyen de preuve du paiement des frais médicaux. Exiger des preuves « hors quittances simples » pour un versement en espèces revient à demander la preuve d'un fait par la négative. Par conséquent, faute d'avoir rendu vraisemblable l'existence d'éléments concrets permettant d'écarter la preuve du paiement découlant desdites quittances, l'intimée n'était pas en droit de réclamer d'autres titres de paiement. e) Enfin, il n'existe aucun indice concret permettant

de douter de l'authenticité du rapport du Dr B_____ daté du 15 septembre 2013. Ledit rapport comporte un diagnostic, les plaintes de la recourante, les constatations faites lors de l'examen du 2 septembre 2013, la description du traitement entrepris et un bref résumé de l'évolution de l'état de santé de la recourante jusqu'à la fin de son hospitalisation. En outre, selon les explications données par la Dresse C_____ dans son rapport du 5 février 2014, les diagnostics posés lui semblent plausibles au vu de sa consultation de janvier 2014 et de l'entretien qu'elle a eu avec la recourante. Par conséquent, le rapport du Dr B_____ remplit les conditions jurisprudentielles pour que lui soit reconnu une pleine valeur probante, de sorte que l'hospitalisation de la recourante à la polyclinique du 2 au 15 septembre 2013 en raison de paludisme grave, pneumopathie infectieuse, salmonellose digestive n'est pas contestable ce d'autant plus que le Togo est un pays d'Afrique subsaharienne où sévit le paludisme à l'état endémique qui est classé par l'OMS en zone III, c'est-à-dire en zone de prévalence élevée et risque de multirésistance (<http://www.who.int/ith/chapters/ithcountrylistFR.pdf>). Il n'apparaît dès lors pas surprenant de contracter cette maladie, sachant que le traitement préventif au moyen d'une chimioprophylaxie ne permet pas d'exclure d'en être atteint. Il n'est pas davantage contestable que la recourante présentait une forte fièvre (40°5) qui a persisté jusqu'au 12ème jour et qu'elle devait être traitée en urgence puisque son état de santé s'opposait à un report du traitement, notamment en raison de la forte fièvre et du paludisme grave qui constitue une urgence médicale (directives de l'OMS pour le traitement du paludisme, 2ème édition 2011, p. 46 disponible sur whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242547924_fre.pdf).

E. 10

Dans un second argument, l'intimée conteste le montant de la facture de la polyclinique du 15 septembre 2013. Par conséquent, il convient d'examiner si le traitement remplit les conditions d'efficacité, d'adéquation et d'économicité requises par l'art. 32 al. 1 LAMal. La chambre de céans constate à cet égard que la facture n° 13-086 du 15 septembre 2013 d'un montant de XOF 1'124'030.- concernant un séjour du 2 au 15 septembre 2013, produite par la recourante immédiatement après son retour de vacances, est établie à l'en-tête de la polyclinique, comporte un numéro de référence et est détaillée, en ce sens qu'elle mentionne les rubriques honoraires, hospitalisation, pharmacie, laboratoires et examens paramédicaux. Chaque poste est détaillé et

A/2396/2014 - 16/19 - précise la quantité, le prix unitaire et le total des prestations fournies. On retrouve le détail des médicaments administrés, les quantités, ainsi que tous les examens de laboratoire pratiqués. Enfin, sous la rubrique examens paramédicaux, il est fait état d'une radiologie du thorax. Par conséquent, elle permet de connaître précisément les examens subis, les examens sanguins pratiqués et les médicaments administrés, étant précisé qu'après de nombreuses démarches, la recourante a également réussi à obtenir des copies des résultats des bilans sanguins et de l'examen radiologique qui confirment les analyses et examens facturés. Le fait que la recourante ait dû patienter cinq mois pour les obtenir n'a rien d'anormal dans un pays en voie de développement, contrairement à ce que soutient l'intimée. Selon le rapport de la Dresse C_____ du 5 février 2014, les examens facturés sont ceux qui sont nécessaires pour poser un diagnostic de paludisme et de pneumopathie, de sorte qu'il n'est pas contestable que le traitement remplit le critère d'efficacité.

E. 11

S'agissant du critère d'adéquation, à l'instar du médecin traitant de la recourante, la chambre de céans constate une parfaite corrélation entre les résultats des examens de laboratoire pratiqués, les médicaments administrés et les diagnostics posés; la parasitologie, plus particulièrement l'analyse de la goutte épaisse, a mis en évidence la présence de trophozoïtes et de gamétocytes de *plasmodium falciparum* alors que la radiographie pulmonaire a objectivé une opacité parenchymateuse du lobe inférieur gauche. Quant aux médicaments, outre les antibiotiques, la chambre de céans relève que la recourante a été traitée par de l'artéméther (artémisinine – ACT). Selon les directives de l'OMS, s'agissant du traitement du paludisme grave à *falciparum*, après un bilan clinique rapide et la confirmation du diagnostic, il faut commencer sans retard le traitement par voie parentérale à l'aide des doses complètes du premier antipaludéen efficace que l'on a sous la main. Chez l'adulte, l'artésunate à raison de 2,4 mg/kg de poids corporel en intraveineuse ou en intramusculaire administré dès l'admission (temps zéro), puis au bout de 12 et 24 heures et ensuite une fois par jour, constitue le traitement recommandé. L'artéméther ou la quinine sont des options acceptables, si l'on ne dispose pas d'artésunate injectable (p. 49). Les malades atteints de paludisme grave ont besoin de soins infirmiers intensifs, de préférence dans un service spécialisé. Des contrôles cliniques doivent être effectués le plus souvent possible. Il s'agit notamment de la surveillance des signes vitaux, de la cotation du degré de coma et du débit urinaire. En cas de pneumopathie secondaire ou devant des signes évidents de pneumopathie de déglutition, il faut entreprendre une antibiothérapie empirique au moyen d'une céphalosporine de troisième génération ou un autre antibiotique approprié compte tenu de la sensibilité des germes locaux (cf Directives pour le traitement du paludisme, 2ème édition, p. 50)

A/2396/2014 - 17/19 - Au vu de ces directives, le traitement du paludisme *falciparum* par l'artéméther constitue une option acceptable lorsque l'artésunate n'est pas disponible. Quant à l'hospitalisation, elle était indispensable puisque les malades atteints de paludisme grave ont besoin de soins infirmiers intensifs jusqu'à la fin du traitement avec contrôles cliniques destinés à surveiller les signes vitaux. Par conséquent, le traitement prodigué à la recourante par la polyclinique était adéquat.

E. 12

S'agissant du critère d'économicité, l'intimée ne soutient pas qu'il existe des alternatives au type et à l'étendue des mesures diagnostiques ou thérapeutiques pratiquées par la polyclinique. En revanche, elle invoque une surfacturation évidente et volontaire au vu des tarifs pratiqués par l'hôpital de district de Kpalimé. L'intimée n'a pas produit les tarifs dudit hôpital, de sorte que la chambre de céans ne peut pas se déterminer sur la différence de tarif invoquée. Quoi qu'il en soit, il n'est pas possible de comparer les tarifs pratiqués par les deux établissements, ceux-ci ne faisant pas partie de la même catégorie et n'étant pas situés dans la même région. En effet, l'hôpital de Kpalimé est un hôpital public de district qui se trouve à 150 km de la capitale, alors que la polyclinique ne fait pas partie des hôpitaux publics (cf. site du Ministère de la santé de la république togolaise, structures de références, www.sante.gouv.tg/index.php?option=com_content&view=article&id=18&Itemid=10), mais est un établissement privé de la capitale dont les tarifs ne sont pas publiés. L'intimée a obtenu d'Europ Assistance la liste de prix de la polyclinique faisant apparaître que les prestations énumérées dans la facture du 15 septembre 2013 correspondent rigoureusement à la liste de prix obtenue. Pour ce motif notamment, elle en conteste l'authenticité. La chambre de céans relèvera que la position de l'intimée est pour le moins singulière. En

effet, elle revient à considérer que toute facture provenant du Togo est suspecte et qu'elle l'est encore plus lorsqu'elle correspond au tarif obtenu par son correspondant international sur place. Par conséquent, il est étrange qu'elle se réfère au tarif de l'hôpital de district de Kpalimé pour contester la facture de la polyclinique, car si l'on suit sa logique, ledit tarif devrait également être un faux. L'intimée soutient encore que la liste de prix de la polyclinique est un faux au motif que le prix de la chambre à deux lits climatisés (2ème catégorie) est plus élevé que celui de la chambre à un lit climatisé (1ère catégorie). Cet élément est effectivement étrange et aurait mérité de sa part qu'elle demande au représentant d'Europ Assistance sur place de clarifier cette situation. En effet, il est possible qu'il y ait eu une erreur de saisie informatique au moment de la création de la liste ou encore que cette différence s'explique par une différence d'équipement (TV, téléphone, douche, WC, etc.). Quoi qu'il en soit, il n'y a pas lieu dans le cadre de la présente procédure d'instruire cette question, dès lors que la polyclinique a facturé le tarif le moins élevé des deux catégories.

A/2396/2014 - 18/19 - Quant aux prix des prestations figurant dans la liste de la polyclinique, la chambre de céans ne discerne aucun élément concret permettant de les mettre en doute et nécessitant de procéder à des investigations supplémentaires, étant précisé que l'intimée n'a pris aucun contact avec le ministère de la santé togolais pour vérifier les tarifs pratiqués par la polyclinique. Par conséquent, elle n'a pas rendu vraisemblable un non respect du principe de l'économicité. L'intimée invoque enfin une surfacturation au motif que la liste de prix de la polyclinique applique trois tarifs différents d'hospitalisation selon que le patient est étranger ou local et encore, dans ce dernier cas, suivant qu'il est assuré ou non assuré. Une telle différence de prix pour les résidents et les étrangers ainsi que pour les assurés et non assurés n'est pas rare. Elle est pratiquée dans de nombreux pays et notamment en Suisse. En effet, un supplément peut être comptabilisé en cas de traitement stationnaire, conformément à la liste tarifaire, aux patients venant d'un pays avec lequel la Suisse n'a pas conclu d'accord bilatéral ainsi qu'aux patients dépourvus de protection tarifaire assumant eux-mêmes leurs frais d'hospitalisation (cf. notamment la nomenclature tarifaire du centre hospitalier Bienne SA ch. 10 disponible sur www.centre-hospitalier-bienne.ch/fileadmin/pdf/Aufenthalt_im_SZB/nomenclatur_tarifaire_2015_sign.pdf). En définitive, la recourante a fourni à l'intimée une facture originale, un rapport de sortie mentionnant les dates du traitement, les diagnostics, les prestations médicales le lieu du traitement ainsi que le nom et l'adresse du prestataire étranger. De plus, le traitement est compréhensible et vraisemblable. Par conséquent, toutes les conditions sont réunies pour que la facture de traitement à l'étranger de XFO 1'124'030.- soit entièrement prise en charge par l'intimée, étant précisé que celle-ci ne conteste pas qu'elle n'est pas supérieure au double de ce qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse au sens de l'art. 36 al. 4 OAMal. Dès lors, force est de constater que l'intimée s'est fondée à tort sur des éléments non objectifs - qu'elle n'a nullement rendu vraisemblables - pour refuser de prendre en charge les frais encourus par la recourante suite à une hospitalisation d'urgence à Lomé. Au vu de ce qui précède, l'intimée est tenue de prendre en charge les frais découlant de l'hospitalisation d'urgence, conformément à l'art. 35 OAMal.

E. 13

Le recours, bien fondé, est admis.

E. 14

La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à CHF 2'500.- (art. 62 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

A/2396/2014 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.