

GE_GERICHTE ATAS/627/2010 vom 27. Mai 2010

GE Cour de justice, 2010-05-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_627_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/627/2010 du 27 mai 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/627/2010 del 27 maggio 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du

A/1054/2009 - 13/19 -

E. 6

Le séjour en division commune d'un hôpital est une prestation à charge de l'assurance obligatoire de soins (art. 25 al. 2 let. e LAMal). Selon l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques.

E. 7

Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque

A/1054/2009 - 14/19 - dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 146 consid. 5; RAMA 2004 n° KV 272 p. 111 consid. 3.1.2).

E. 8

Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties 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, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5). Par ailleurs, 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou

envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables, c'est à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible (ATF 126 V 360 consid. 5b). 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).

E. 9

En l'espèce, force est de constater que le dossier ne permet pas de tenir pour établis, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence des hospitalisations et soins litigieux (du 12 au 20 mars et du 1er au 12 avril 2004), singulièrement le bien-fondé des factures dont le remboursement est réclamé par le recourant. Préalablement, le Tribunal observe que le recourant n'a pas communiqué, en violation de son obligation de collaborer (art. 28 al. 2 et 43 al. 3 LPGA), en particulier, les originaux des huit comptes-rendus d'examens effectués par le Centre d'analyses médicales de Douala, ni non plus d'ailleurs les originaux des factures et quittances litigieuses. Or, en dépit de la formulation du courrier de MUTUEL ASSURANCES du 27 octobre 2004 (mentionnant par erreur la restitution de « copie »), il faut admettre que les originaux correspondants ont bien été restitués à l'assuré, ce qui correspond d'ailleurs à la pratique applicable lorsqu'une assurance refuse de prendre en charge les factures adressées à elle par un assuré. Au demeurant, l'intéressé n'a plus réclamé lesdits originaux par la suite, ce qui tend à

A/1054/2009 - 15/19 - démontrer qu'ils se trouvent bien en sa possession. A défaut de pièces originales (voire de duplicata certifiés conformes), le dossier ne contient donc que des copies. A ce titre, ces pièces sont aisément falsifiables et, en l'absence d'autres éléments de nature à corroborer les déclarations du recourant, ne déploient qu'une valeur probante restreinte. Indépendamment de ce qui précède, il apparaît que les factures et quittances litigieuses présentent, du point de vue formel déjà, de nombreuses irrégularités, si bien que leur authenticité est fortement sujette à caution. On relèvera par exemple que le numéro de téléphone indiqué sur les tampons FONDATION ESPACE SANTE n'est pas le même que celui figurant sur le papier à en-tête de ce Centre. De plus, contrairement à la procédure usuelle constatée par l'enquêteur de MONDIAL ASSISTANCE, ces documents ne portent pas le tampon nominatif du Dr L_____, mais un tampon de la FONDATION ESPACE SANTE, muni d'une simple griffe (illisible), dont on ignore par ailleurs l'auteur. L'assuré s'est d'ailleurs abstenu de se prononcer sur cette divergence, dans sa réponse à MUTUEL ASSURANCES du 31 juillet 2006. De surcroît, les comptes-rendus d'examen du Centre d'analyses médicales, « Département biologique » (sic), de Douala mentionnent de manière erronée que l'intéressé est alors âgé de 36 ans (au lieu de 37 ans). Surtout, les comptes-rendus datés des 16 et 18 mars 2004 ne portent pas le tampon nominatif du Dr L_____, alors que tel est le cas de ceux datés du 7 avril 2004. Et même dans ce dernier cas, non seulement lesdits tampons n'ont pas été validés par la signature du Dr L_____ (contrairement à la quittance et à l'ordonnance délivrées par ce médecin à l'enquêteur de MONDIAL ASSISTANCE), mais encore les caractères en sont différents de ceux des tampons figurant sur la quittance et l'ordonnance remises à cet enquêteur. Il est également curieux que les caractères du tampon nominatif du « Technicien Biologiste », un dénommé G_____, figurant sur les comptes-rendus du Centre d'analyses médicales datés des 16 et 18 mars 2004, diffèrent de ceux du tampon apposé par ce même technicien sur ses comptes-rendus du 7 avril 2004. D'un point de vue matériel, il n'existe au dossier

aucun rapport médical permettant d'attester la réalité de la « maladie soudaine » dont l'assuré s'est dit atteint durant son séjour au Cameroun, ainsi que les éventuels soins correspondants. En particulier, le dossier ne contient aucune table de température. Les documents produits ne font état d'aucun diagnostic. En outre, les bilans d'examen (datés des 16 et 18 mars et 7 avril 2004) - communiqués tardivement à INTRAS, le 31 juillet 2006 -, n'ont, curieusement, été effectués qu'à partir du 4^{ème} jour de la première hospitalisation supposée et se sont révélés négatifs. En particulier, les résultats d'analyses ne présentent aucun signe d'infection ou anomalie, et n'ont détecté aucune bactérie. Certes, l'un d'entre eux fait état de la « présence » de trophozoïdes de plasmodium falciparum + (parasite de la malaria). On ne saurait toutefois en

A/1054/2009 - 16/19 - déduire sans autre que cela ait donné lieu aux poussées fébriles alléguées. En effet, comme le médecin-conseil l'a indiqué dans sa note interne du 6 avril 2006, la vitesse de sédimentation et le taux de globules blancs se sont révélés normaux, si bien que la poussée de fièvre alléguée était surprenante. En tout cas, à l'instar de la caisse, il faut constater que ces analyses ne permettent pas de comprendre les raisons et la durée des hospitalisations en cause, ni ne démontrent aucune affection qui eût pu justifier une situation d'urgence empêchant un retour en Suisse de l'assuré aux fins de se faire soigner. En effet, au vu des (prétendues) analyses sanguines du 16 mars 2004, une éventuelle hospitalisation n'était plus justifiée au-delà de cette date, car l'assuré aurait pu sortir avec un traitement médicamenteux (Quinimax). Quant à la seconde hospitalisation alléguée (1^{er} au 12 avril 2004), elle n'apparaît pas davantage justifiée au vu des résultats négatifs du 7 avril 2004. Il est également étonnant qu'après son retour à Genève, l'assuré ne se soit pas adressé à un médecin pour suivre l'évolution de son affection malarique supposée (comme l'a relevé à juste titre la caisse dans son courrier du 21 juillet 2006), contrairement à ce qui avait été le cas en 2003. L'assuré ne s'est d'ailleurs pas non plus dûment expliqué sur ce point. A cela s'ajoute que le recourant n'a fourni aucune indication concrète – susceptible d'être vérifiée – concernant l'établissement où il aurait prétendument été hospitalisé à la demande du Dr L_____, se contentant d'affirmer à cet égard que c'était « dans un cadre confortable ». Le recourant n'a pas d'avantage produit les ordonnances des médicaments que lui aurait prescrits le Dr L_____, ni même communiqué les justificatifs correspondants, documents qui auraient dû, conformément à la procédure normale relatée par MONDIAL ASSISTANCE, être joints à la facture d'ESPACE SANTE dans l'hypothèse où, comme il l'affirme, ces médicaments lui auraient été fournis directement par la clinique. De surcroît, le recourant n'a jamais communiqué la preuve d'un retrait bancaire ou postal effectué à l'époque sur son compte au Cameroun pour régler les factures litigieuses, documents que la caisse lui avait réclamés à plusieurs reprises en vain et que le recourant avait pourtant déclaré tenir à la disposition du Tribunal de céans (cf. supra, § 15). Avec l'intimée, on relèvera également qu'il est curieux que l'assuré ait pu effectuer un retrait bancaire ou payer sans autre de sa poche, le 15 mars 2004, 466'000 fr. CFA, alors qu'il aurait été hospitalisé du 12 au 20 mars 2004. Là encore, le recourant n'a donné aucune explication sur ce point. Quant au procès-verbal d'interpellation du 11 mai 2006, établi par Me EFON, il ne permet pas d'avantage d'établir l'existence des hospitalisations alléguées, déjà parce que le Dr L_____ s'est limité à cet égard à renvoyer cet huissier

A/1054/2009 - 17/19 - « aux factures », dont le bien-fondé est précisément contesté. Ce dernier s'est du reste montré également particulièrement évasif sur cette question, selon le procès-verbal d'interpellation dressé par l'huissier E_____ le 15 septembre 2005

(supra, § 18). Par ailleurs, les éléments suivants sont également de nature à jeter le discrédit sur la totalité des déclarations de l'intéressé : Dans le formulaire signé le 24 juin 2004, celui-ci a indiqué à INTRAS qu'avant son séjour à l'étranger, il n'avait pas été en traitement médical en raison des affections ayant entraîné les hospitalisations de mars et avril 2004 à Douala (hyperthermie, toux, fièvre au long cours et paludisme). Or, cette indication apparaît contraire à la réalité, compte tenu du dossier produit dans le cadre de l'affaire ayant donné lieu à l'arrêt du Tribunal de céans du 16 août 2007 (ATAS/852/2007), d'où il ressort que le recourant avait été traité pour la malaria en 2003 (ibid, p. 10, § 34). De plus, dans cette dernière affaire, l'assuré avait indiqué à la caisse CPT, le 25 avril 2003, comme motif du séjour à Douala, des contraintes familiales suite au décès de sa mère survenu le 29 octobre 2003. Or, dans le formulaire du 24 juin 2004 destiné à INTRAS, celui-ci a, derechef, expliqué qu'il s'était rendu au Cameroun « pour les funérailles de ma maman décédée », ce qui signifie qu'elle serait décédée deux fois. Or, l'assuré n'a rien trouvé à redire à l'étonnement manifesté à juste titre par la caisse à cet égard. Par ailleurs, alors qu'il a en principe séjourné au Cameroun sans discontinuer du 7 février au 20 avril 2004, et qu'il était censé avoir été hospitalisé à Douala du 12 au 20 mars 2004, l'intéressé a bénéficié d'un traitement d'ergothérapie en Suisse, le 11 mars 2004 (cf. facture de la clinique de la Longeraie du 14 novembre 2005). Là encore, l'assuré n'a pas jugé utile de s'expliquer. Enfin, de l'aveu même du recourant, les factures litigieuses ont été surévaluées, dans la mesure où celui-ci a expressément demandé au Dr L_____ d'établir les factures « selon la norme suisse ». Le recourant est ainsi particulièrement malvenu de soutenir que l'assurance ne pouvait, au vu du caractère urgent de ses hospitalisations (selon lui), lui reprocher de s'être adressé à un hôpital plus coûteux qu'un autre. Pareille manière de procéder confine à l'abus de droit et contrevient à l'obligation de l'assuré de diminuer son (prétendu) dommage (ATF 129 V 463). C'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, le principe d'économie du traitement s'applique également en cas de traitement d'urgence à l'étranger (ATF 128 V 75 consid. 4 b). En vertu de ce principe (cf. art. 32 al. 1 LAMal), les caisses sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses ; elles y sont d'ailleurs obligées, dès lors qu'elles sont tenues de veiller au respect du principe de

A/1054/2009 - 18/19 - l'économie du traitement (FRANÇOIS-X. DESCHENAUX, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin, in: Mélanges pour le 75ème anniversaire du TFA, Berne 1992, p. 537). Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre assureurs et fournisseurs de soins, il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 127 V 281 consid. 5b ; ATF 127 V 46 consid. 2b). Au reste, ce comportement permet d'inférer une collusion entre l'assuré et le Dr L_____ quant à la réalité même des hospitalisations litigieuses.

E. 10

Sur le vu de ce qui précède, le recours se révèle manifestement mal fondé, voire à la limite de la témérité.

E. 11

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1054/2009 - 19/19 -

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