



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2067/2004

ATAS/695/2006

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 2 août 2006**

En la cause

Monsieur L \_\_\_\_\_, comparant avec élection de domicile en \_\_\_\_\_ recourant  
l'étude de Maître ZIEGLER Marco

contre

MUTUEL ASSURANCES, rue du Nord 5, 1920 MARTIGNY \_\_\_\_\_ intimée

**EN FAIT**

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente ; Karine STECK et Valérie MONTANI, Juges**

---

1. M. L \_\_\_\_\_, d'origine congolaise, né en août 1955, domicilié à Genève, est assuré auprès de la fondation MUTUEL ASSURANCES (dénommée MUTUELLE VALAISANNE CAISSE-MALADIE jusqu'en février 2004) pour l'assurance obligatoire des soins (catégorie AH).
2. L'assuré a été victime, les 20, 31 mars et 4 avril 2002, d'un accident vasculaire cérébral (ci-après AVC), pour lequel il a été hospitalisé pendant trois mois aux HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après les HUG), et qui a entraîné un héli-syndrome sensitivomoteur gauche.
3. L'assuré est depuis lors suivi régulièrement par la policlinique de médecine et de neurologie des HUG pour un status post-accident vasculaire cérébral ischémique, hypertension artérielle, diabète de type 2 avec rétinopathie background stade 1-2, hypercholestérolémie, surcharge pondérale, dysfonction érectile, anémie normochrome normocytaire, foramen ovale perméable, troubles thymiques et épigastralgies.
4. Dans le courant de l'été 2003, l'intéressé est parti en vacances en Afrique, en République démocratique du Congo (ci-après RDC).
5. Le 27 octobre 2003, l'intéressé a transmis à sa caisse-maladie une note d'honoraires originale signée par le Dr A \_\_\_\_\_ de l'AFIA MEDICAL CENTER (ci-après: l'AMC), sis à Kinshasa, en RDC. Ladite note, libellée au nom de l'assuré, fait état d'un montant total de 13'000.- US dollars à titre d'honoraires pour les services rendus par le Dr A \_\_\_\_\_, soit 4'045.- US dollars à titre de consultations et 8'955.- US dollars à titre de traitements et d'hospitalisation. A cette note était annexée une quittance, à l'en-tête de l'AMC, signée et datée du 7 août 2003, établie au nom de l'assuré, indiquant le montant de 13'000.- US dollars pour des soins médicaux ainsi que la mention "payé".
6. Par courrier du 17 novembre 2003, l'assureur-maladie a accusé réception de la facture et a informé son assuré que son dossier avait toutefois été transmis au GROUPE MUTUEL ASSURANCES.
7. Par courrier du même jour, l'assureur-maladie a requis de MONDIAL SERVICE, société sise en Allemagne, de plus amples informations sur les circonstances entourant l'établissement de cette facture, et ce au vu du rapport médical adressé par le Dr A \_\_\_\_\_ au Dr B \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'assureur-maladie.
8. Le Dr A \_\_\_\_\_ explique dans ce rapport médical non daté, que l'intéressé avait été reçu en urgence à l'AMC le 14 juillet 2003, pour une notion de perte de connaissance sans notion de traumatisme. A l'examen, il présentait une altération de la conscience avec un Glasgow Coma Scale à 10/15; une paralysie faciale droite (lèvres déviées à gauche); une hémiplégie gauche, pouls à 96 pulsations par minute et T.A. à 190/110 mmhg. Il a été conclu à un AVC sur HTA. Le Dr A \_\_\_\_\_

---

indique, qu'avec le concours de ses collègues interniste et réanimateur, il a placé l'assuré sous un schéma thérapeutique fait d'adalat nootropil, luminal, solution glucosée 10%. Un scanner cérébral, réalisé aux cliniques universitaires de Kinshasa, avait objectivé un œdème diffus de l'hémisphère cérébral droit, sans iconographie, et ce en raison d'une panne. Après 21 jours de soins, l'assuré avait récupéré son état de santé, étant précisé qu'il avait tout de même gardé une hémiparésie gauche malgré les séances de kinésithérapie réalisées. L'intéressé était sorti le 7 août et n'était plus revenu aux trois rendez-vous fixés dans le courant dudit mois, rendant ainsi difficile pour ce médecin d'apprécier la suite de l'évolution. Selon lui, l'assuré était rentré en Suisse, dans son pays de résidence.

9. Par courriel du 3 décembre 2003, MONDIAL ASSISTANCE a communiqué à l'assureur-maladie les informations provenant de son correspondant: l'AMC était un petit dispensaire avec une chambre et trois lits sans climatisation. Il n'avait trouvé aucune trace du passage de l'assuré dans le cahier des malades à la réception. Un médecin, qui travaille comme radiologue dans un hôpital public, avait certifié l'avoir soigné. Etaient en outre listés les prix affichés à l'AMC, le détail de la facture établie au nom de l'assuré ainsi qu'un exemple des prix pratiqués par un grand centre hospitalier. En conclusion, selon le correspondant, tout était faux, il n'y avait pas de trace comptable du séjour de l'assuré et le médecin avait indiqué majorer de 100% pour les étrangers et les congolais vivant à l'étranger.
10. Par courrier du 4 décembre 2003, l'assureur-maladie a informé son assuré qu'après analyse des documents, la facture adressée pour remboursement était fautive. Vu les frais de recherches engendrés, l'assureur-maladie a requis de l'assuré le paiement de 1'000.- fr.
11. L'assureur-maladie a confirmé sa position en date des 15 et 22 décembre 2003.
12. Indigné par la mise en doute de la facture établie par ses soins en faveur de l'assuré le Dr A \_\_\_\_\_ a, par télécopie du 9 janvier 2004, interpellé l'assureur-maladie. Il entendait confirmer l'hospitalisation de l'assuré auprès de l'AMC du 17 juillet au 7 août 2003. Il a précisé que le montant de la facture avait pris en compte la gravité de l'état de santé du patient ainsi que la qualité des soins administrés. A ce propos, l'enquêteur avait d'ailleurs vu la fiche des soins administrés à l'assuré. Il a indiqué par ailleurs qu'en RDC, chaque médecin se réserve le droit d'exiger ses honoraires, en fonction de ses propres appréciations, du patient et du cas. Il adressait en outre une copie de la note d'honoraires détaillée qu'il avait déjà remise à l'enquêteur. Enfin, il relevait que le secret médical avait été violé dans la mesure où l'enquêteur, qui n'était pas médecin, était en possession du rapport médical qu'il avait rédigé à l'attention du Dr Pierre-André B \_\_\_\_\_.
13. Par courriel du 14 janvier 2004, MONDIAL ASSISTANCE a transmis à l'assureur-maladie des informations complémentaires reçues de son correspondant. Il en

résulte que, de retour à l'AMC, ce dernier avait constaté que la date d'entrée de l'assuré avait été entre-temps rajoutée. Cependant, la date indiquée était le 14 juillet alors que celle figurant sur la facture était le 17 juillet. Selon lui, les prix facturés n'étaient pas conformes puisque la consultation et les traitements s'élevaient à 4'045.- US dollars au lieu de 106.- US dollars pratiqués dans un dispensaire similaire, et de 227.- US dollars pratiqués dans une grande clinique. Par ailleurs, le coût de l'hospitalisation s'élevait à 4'200.- US dollars au lieu de 50.- US dollars dans un dispensaire similaire et de 392.- US dollars dans une grande clinique ou un hôpital public. Il a rappelé que l'AMC est un petit dispensaire situé dans un quartier déshérité de la cité, sans équipement approprié, sale, sordide et ne correspondant pas à un minimum d'hygiène. Etaient jointes trois photos de l'extérieur de l'AMC. Selon l'enquêteur, il s'agissait donc d'une facture fantaisiste et le médecin ne pouvait pas pratiquer un prix "à la tête du client".

14. Par décision du 22 janvier 2004, l'assureur a refusé la prise en charge de la facture et requis de l'assuré le paiement des 1'000.- fr., invoquant le fait que l'AMC était situé dans un quartier déshérité de la cité, sans équipement médical approprié et que le montant facturé ne correspondait pas aux tarifs pratiqués par les cliniques les plus réputées de Kinshasa.
15. Par courrier du 13 février 2004, Me ZIEGLER, conseil de l'assuré, a formé opposition à cette décision. Selon l'assuré, il résultait de la décision querellée que la réalité de l'A.V.C. ainsi que la nécessité d'une hospitalisation en urgence n'étaient pas contestées. Seule la question du montant des honoraires et des frais d'hospitalisation était par conséquent litigieuse. L'assuré a sollicité une copie des pièces ainsi qu'un délai complémentaire pour se déterminer.
16. Par courrier du 23 mars 2004, la caisse-maladie a transmis à l'assuré une copie de son dossier et lui a imparté un délai au 8 avril pour compléter l'opposition.
17. Par complément du 8 avril 2004, l'intéressé a mis en doute l'objectivité des conclusions de l'enquêteur mandaté par la caisse-maladie. Il a relevé qu'à son retour en Suisse, cette dernière avait pris en charge le coût du traitement médical pour les suites du trouble dont il avait souffert en RDC. Par ailleurs, le médecin-conseil de la caisse-maladie n'avait pas formulé de remarque concernant le rapport médical établi par le Dr A\_\_\_\_\_. Selon lui, avant de refuser le remboursement, l'assureur se devait d'examiner la condition de l'urgence. En ce qui concerne les frais facturés, il a expliqué qu'il se trouvait alors dans l'impossibilité d'en discuter le montant. L'assuré persistait par conséquent dans ses conclusions.
18. Compte tenu de l'opposition de l'assuré, l'assureur-maladie a requis de MONDIAL ASSISTANCE le dossier complet détaillé des recherches effectuées par le correspondant. Par courrier du 19 avril 2004, l'assureur-maladie a reçu deux compte-rendus dactylographiés, non datés et non signés, dont les teneurs

correspondent à ce qui avait été communiqué par courriels par MONDIAL ASSISTANCE en date des 3 décembre 2003 et 14 janvier 2004.

19. Le 30 avril 2004, l'assuré a transmis à la caisse-maladie une attestation établie le 20 février 2004 par l'abbé C \_\_\_\_\_, vicaire à la Paroisse Saint-Antoine à Kinshasa. Ce dernier indique avoir rendu visite à l'intéressé lors de son hospitalisation à l'AMC, et ce de juillet à août 2003.
20. Par décision sur opposition du 3 septembre 2004, l'assureur-maladie a confirmé son refus de prise en charge des frais médicaux, lequel se justifiait au vu des indications médicales et administratives en sa possession, et ce conformément aux dispositions pénales de la LAMal et au système du tiers garant.
21. Par courrier du 7 septembre 2004, l'assuré a sollicité une copie des conditions générales d'assurance applicables à son cas. La caisse lui a répondu qu'il était assuré pour l'assurance obligatoire des soins et qu'elle s'était fondée sur l'article 36 alinéa 2 OAMal.
22. Par écriture du 6 octobre 2004, l'assuré a formé recours contre la décision sur opposition. Il fait valoir que l'état de santé et la nécessité d'une hospitalisation à l'étranger ne sont pas contestés par l'assureur-maladie. Par conséquent, la question litigieuse porterait sur le montant de la facture, laquelle n'est par ailleurs pas fausse. Il explique ne pas être en mesure de se déterminer sur le fait que le tarif appliqué par l'AMC serait supérieur à celui pratiqué par les cliniques les plus réputées de Kinshasa. Il a cependant reçu les soins nécessaires à son état de santé et s'est dûment acquitté du montant facturé. Il conclut à l'annulation de la décision sur opposition et à ce que l'intimée lui rembourse les honoraires et frais médicaux relatifs à son hospitalisation en urgence à Kinshasa, et ce après détermination des prestations dues. A l'appui de ses dires, le recourant a notamment produit copie d'un téléfax adressé le 29 avril 2004 par le Révérend D \_\_\_\_\_, pasteur-aumônier auprès de Christian Alliance for International Development, lequel indique l'avoir assisté durant son hospitalisation en juillet-août 2003 à Kinshasa.
23. Dans sa réponse du 20 décembre 2004, l'intimée a indiqué renoncer à invoquer l'application de l'article 92 LAMal relatif aux délits. Selon elle, au vu des informations que lui avait communiquées MONDIAL ASSISTANCE, le refus de rembourser le recourant était justifié. Elle relève que dans un premier temps, l'émissaire de MONDIAL ASSISTANCE avait constaté que le centre n'était qu'un petit dispensaire avec trois lits sans climatisation. De plus, aucune trace du passage de l'assuré n'avait été trouvée et ce, ni dans le cahier des malades à la réception, ni dans la comptabilité. De plus, la facture ne correspondait pas à la liste des prix affichés dans le centre. Un deuxième contrôle avait eu lieu par la suite, lequel avait permis de constater que le nom de l'assuré avait été ajouté dans le cahier des malades, mais la date d'entrée inscrite ne correspondait pas aux documents

---

présentés par l'assuré. La vétusté du dispensaire ne permettait pas une hospitalisation telle qu'indiquée sur la facture, le dispensaire manquant de lits, de matériel et ne correspondant aucunement à un minimum élémentaire d'hygiène. L'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. A l'appui de ses explications, elle a produit un chargé de 24 pièces, dont les conditions générales de l'assurance des soins selon la LAMal (éd. janvier 2005) ainsi que les conditions particulières de l'assurance des soins (catégorie AH, éd. janvier 2003).

24. Une copie de la réponse a été transmise au recourant et un délai au 17 janvier 2005 lui a été imparti pour déposer sa réplique.
25. Dans son écriture datée du 17 janvier 2005, le recourant indique notamment qu'aucune explication n'a été fournie sur les liens existant entre, d'une part, l'intimée et, d'autre part, le GROUPE MUTUEL ASSURANCES et MONDIAL ASSISTANCE. Il relève également l'absence de toute pièce confirmant les affirmations de l'enquêteur et le caractère très subjectif des renseignements recueillis par ce dernier, notamment en ce qui concerne la qualité des soins et les conditions d'hygiène du centre. Il explique qu'il est évident que les conditions sanitaires en RDC ne sont pas les mêmes qu'à Genève, mais étant donné l'urgence de son hospitalisation, il n'a pas eu la possibilité d'accéder à un établissement hospitalier plus important. Selon le recourant, on ne peut se contenter de comparer le prix total facturé pour 21 jours d'hospitalisation avec le tarif journalier qui serait pratiqué ailleurs. Il indique que l'intimée a maintenu une ambiguïté constante entre une prétendue surfacturation des prestations et l'inexistence de l'hospitalisation. Pour lui, c'est de mauvaise foi que l'intimée ne s'est pas déterminée sur l'existence de l'hospitalisation. Le diagnostic posé par le Dr E \_\_\_\_\_ pouvait d'ailleurs être aisément vérifié par l'intimée, étant donné qu'elle avait pris en charge les traitements médicaux effectués dès son retour à Genève. Le recourant conclut préalablement à ce que l'intimée produise l'ensemble des décomptes des prestations y relatifs et persiste pour le surplus dans ses conclusions.
26. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans ses écritures du 21 février 2005, explique que de l'avis de son médecin-conseil, le Dr B \_\_\_\_\_, les traitements suivis par l'assuré à son retour en Suisse ne sont pas suffisants et adéquats compte tenu du problème médical déclaré. Selon l'intimée, il est donc légitime de supposer que l'AVC dont aurait souffert le recourant n'a pas eu lieu, ou à tout le moins, n'a pas revêtu l'importance déclarée. Les rapports de MONDIAL ASSISTANCE sont suffisants pour douter de la véracité des factures transmises. Pour le surplus, l'intimée se réfère aux arguments développés dans sa réponse du 20 décembre 2004. A cette écriture, étaient annexées les conditions particulières du GROUPE MUTUEL ASSISTANCE (catégorie ASS, éd. 1.1.1997), ainsi qu'une copie de la prise de position du Dr B \_\_\_\_\_ datée du 16 décembre 2004, lequel indique: *"Hémiplégie: 21 jours = séjour aigu + 3 - 6 mois rééducation dans un centre. Séjour aigu (14.07.-07.08.) → correct du point de vue de la durée du traitement.*

---

*Rééducation: pas adéquat. Rééducation intensive et non pas quelques séances de kiné. Scanner cérébral non documenté (pas preuve radiologique)."*

27. Ces documents ont été communiqués au recourant le 23 février 2005.
28. Le Tribunal de céans a convoqué les parties à une audience de comparution personnelle qui s'est tenue le 7 avril 2005. Le recourant a exposé avoir subi un premier AVC à Genève en 2002 et que depuis lors, il était toujours sous traitement et suivi régulièrement par la polyclinique de médecine. Tous les frais avaient été pris en charge par l'intimée. En juillet 2003, il avait perdu connaissance alors qu'il était passager dans une voiture à Kinshasa. Il a été immédiatement conduit au centre médical le plus proche, soit l'AMC. Il a été incapable de s'exprimer pendant plusieurs jours. Il indique que le médecin l'a fait conduire à la clinique universitaire de Kinshasa pour des investigations supplémentaires. A la fin de l'hospitalisation, il a regagné la Suisse et s'est rendu à la polyclinique de médecine à Genève où les médecins ont constaté une aggravation de sa faiblesse et ont pratiqué un scanner. Le recourant a produit copie d'un rapport établi par les Drs F \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_, médecins de la polyclinique de médecine auprès des HUG, qui a été adressé au médecin-conseil de l'intimée le 14 mars 2005. Il s'est dit étonné de constater que ce rapport ne figurait pas au dossier.

L'intimée a, quant à elle, déclaré contester l'urgence médicale. Néanmoins, à la lecture du certificat médical établi par le Dr E \_\_\_\_\_ et au vu des diagnostics posés par celui-ci, elle a reconnu que l'urgence devait être admise. Elle a indiqué que MONDIAL ASSISTANCE est un organisme médical international qui dispose de médecins et d'infirmières dans tous les pays du monde. L'enquêteur qui avait fait les vérifications auprès de l'AMC devait être un médecin ou un infirmier.

29. A la fin de l'audience de comparution personnelle, un délai au 28 avril 2005 a été accordé à l'intimée pour se déterminer sur le caractère de l'urgence et, le cas échéant, sur la prise en charge des prestations
30. Dans leur rapport du 14 mars 2005, les Drs F \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_ ont répondu aux questions posées par l'intimée: concernant le diagnostic posé lors des consultations qui avaient eu lieu en septembre 2003, ils indiquent au status un post-accident vasculaire cérébral sylvien gauche, avec anamnèse de céphalées et diminution de la force de l'hémicorps gauche un mois auparavant, ayant nécessité un scanner cérébral, effectué le 25 septembre 2003, montrant une lacune du bras postérieur de la capsule interne à droite avec absence d'image parlant en faveur d'un nouvel accident vasculaire cérébral. A la question de savoir s'ils avaient constaté une péjoration de l'état de santé depuis le retour de vacances de l'assuré, les médecins ont répondu positivement. Ils ont précisé que l'intéressé avait présenté en août 2003 une aggravation de l'hémi-syndrome et que le scanner n'avait pas montré d'image en faveur d'un nouvel AVC. En février 2004, le Dr H \_\_\_\_\_,

neurologue, avait confirmé une aggravation du status neurologique du membre supérieur gauche par rapport à la consultation du 5 décembre 2002. Ils indiquent par ailleurs que pendant cette période, l'assuré présentait en outre des valeurs tensionnelles élevées et des glycémies moins bien contrôlées. Enfin, depuis août 2003, le traitement suivi par leur patient avait été modifié.

31. Par courrier daté du 27 avril 2005, l'intimée a indiqué, qu'après analyse du rapport médical du 14 mars 2005 produit par le recourant en audience, elle était encline à reconnaître que ce dernier avait effectivement été hospitalisé en juillet-août 2003 à Kinshasa. Cependant, de nombreuses zones d'ombre persistaient. La description faite par les médecin des HUG ne permettait pas de savoir si l'aggravation légère de l'état de santé du recourant était réellement due à un AVC tel que décrit par le Dr A\_\_\_\_\_. En outre, le physiothérapeute du recourant avait indiqué qu'aucune aggravation de l'état de santé n'avait pu être détectée à son retour. Enfin, l'intimée a indiqué avoir entamé des investigations complémentaires, par le biais de MONDIAL ASSISTANCE, ainsi qu'auprès des Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ des HUG, raison pour laquelle elle sollicitait un délai pour se déterminer. A ce propos, l'intimée a produit une copie du courriel adressé à MONDIAL ASSISTANCE le 21 avril 2005, par lequel elle demandait des renseignements concernant l'hôpital universitaire de Kinshasa et, notamment si, comme le prétendait l'assuré, ce dernier s'était effectivement rendu tous les jours dans cet établissement.
32. Avec son écriture du 27 avril 2005, l'intimée a également produit une copie de la correspondance échangée en février 2005 avec le cabinet de physiothérapie X\_\_\_\_\_ à Genève. Il en résulte que sur question de l'intimée, M. I\_\_\_\_\_, physiothérapeute auprès de ce cabinet, a expliqué que l'affection dont souffrait l'assuré n'avait pas empiré depuis août 2003, mais elle nécessitait une rééducation constante au niveau de la marche et de la préhension avec le membre supérieur gauche. Par ailleurs, le physiothérapeute se posait la question de savoir s'il n'y avait pas eu une erreur, dans la mesure où l'intimée souhaitait savoir si le recourant s'était effectivement présenté au cabinet de physiothérapie les 15, 22 et 29 juillet 2003. Or, il n'avait rien retrouvé à ce sujet, et ce ni dans l'ordinateur, ni dans les feuilles de présence.
33. Par écriture du 1<sup>er</sup> juin 2005, l'intimée a confirmé son refus de prise en charge des frais d'hospitalisation, suite aux renseignements complémentaires recueillis. Elle indique premièrement que les nouvelles recherches effectuées par MONDIAL ASSISTANCE ont permis de démontrer que l'assuré n'avait jamais été soigné auprès de l'hôpital universitaire de Kinshasa et que les 13'000.- US dollars ne correspondaient pas aux tarifs appliqués dans cet hôpital. Par ailleurs, il résultait du scanner effectué en septembre 2003, une absence d'image parlant en faveur d'un nouvel AVC. Enfin, selon le Dr B\_\_\_\_\_, son médecin-conseil, l'aggravation

---

constatée par le Dr H \_\_\_\_\_ n'était pas en relation prouvable avec l'événement de Kinshasa.

34. A l'appui de ses dires, l'intimée a produit une attestation établie le 29 avril 2005 par M. Rx. J \_\_\_\_\_, chef de poste de Rx.CUK (cliniques universitaires de Kinshasa) indiquant que l'assuré ne figurait pas dans les relevés de paiement du scanner pour la période du 14 juillet au 7 août 2003, que le montant de 13'000.- US dollars ne coïncidait pas avec leurs prix relatifs aux scanners et concluant finalement au fait que le document n'était par conséquent pas probant. L'intimée a également produit une copie du rapport médical du 12 mai 2005 des Drs F \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_, médecins de la policlinique de médecine auprès des HUG. Ces derniers indiquent que l'assuré les avait informés de son hospitalisation pendant trois semaines en Afrique, en raison d'une hypertension artérielle et d'un diabète déséquilibré, accompagnés d'une aggravation de la faiblesse de l'hémicorps gauche. Il se plaignait depuis lors de tête lourde avec sensation occasionnelle de fourmillements dans les membres supérieur et inférieur gauches. Le scanner effectué le 25 septembre 2003 a conclu à une lacune du bras postérieur de la capsule interne à droite et à l'absence d'image parlant en faveur d'un nouvel AVC. Les médecins ont par ailleurs détaillé en quoi avait consisté la modification, dès août 2003, du traitement médicamenteux. Enfin, l'intimée a également produit une copie du rapport médical du 20 mai 2005 du Dr B \_\_\_\_\_, son médecin-conseil, selon lequel la Dresse K \_\_\_\_\_ avait constaté un héli-syndrome gauche le 17 septembre 2003, mais sans mentionner d'aggravation par rapport à 2002. Seules les plaintes de l'assuré avaient motivé la demande d'un scanner, lequel n'avait révélé aucune image d'un nouvel AVC. Selon lui, l'aggravation constatée en février 2004 par le Dr H \_\_\_\_\_ n'était pas en relation prouvable avec l'événement de Kinshasa du 14 juillet 2003.
35. Invité à se déterminer, le recourant a, dans son écriture du 10 août 2005, indiqué que les considérations de l'intimée étaient dépourvues de toute pertinence, puisqu'il n'avait, ni soutenu que le coût du scanner se serait élevé à 13'000.- dollars US, ni allégué que l'hospitalisation aurait eu lieu à l'hôpital universitaire de Kinshasa. Selon lui, l'appréciation faite par le Dr B \_\_\_\_\_ était très discutable et contraire aux pièces du dossier puisqu'il n'avait pas pris en compte le rapport médical plus complet, établi le 14 mars 2005 par les Drs F \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_. Par ailleurs, selon lui, le résultat du scanner n'était absolument pas déterminant pour la présente cause. Le recourant a persisté dans ses conclusions.
36. Le Tribunal a ordonné des enquêtes et un délai a été octroyé aux parties pour déposer leur liste de témoins.
37. Le 16 novembre 2005, le Tribunal de céans a procédé à l'audition de la Dresse K \_\_\_\_\_, médecin interne à la policlinique de médecine auprès des HUG. Elle a déclaré avoir soigné l'assuré depuis octobre 2002 jusqu'en septembre

2004. L'intéressé avait présenté les 20, 31 mars et 4 avril 2002 un accident vasculaire cérébral d'installation progressive qui avait entraîné une parésie résiduelle de l'hémicorps gauche, pour laquelle il bénéficiait de physiothérapie. Elle l'avait ensuite suivi pour différentes affections, à savoir un diabète, HTA, dyslipidémie, obésité et un état dépressif. En 2003, elle avait discuté avec l'intéressé de son futur séjour en Afrique pour les vacances, et l'avait vu deux jours avant son départ. Vu ses antécédents, la question se posait de savoir si un anti-coagulant devait être ajouté. Elle lui avait donné l'autorisation de partir, étant donné que son état de santé était alors stable, et ce tant sur le plan neurologique, diabétique, qu'en ce qui concernait sa tension. Elle a confirmé qu'en date des 14 août et 17 septembre 2003, l'assuré s'était présenté à la polyclinique de médecine. Au premier rendez-vous, sa collègue de polyclinique de médecine avait constaté une tension à 135 sur 90. Selon le témoin, cette valeur est un peu limite pour un patient diabétique. Sa collègue avait en outre noté: la poursuite du traitement, le renouvellement de l'ordonnance, une hospitalisation à prévoir en unité d'enseignement de diabétologie et un rendez-vous avec la Dresse K \_\_\_\_\_ en septembre. Le témoin indique qu'à la consultation du 17 septembre 2003, l'assuré l'a informée de son hospitalisation pendant 3 semaines en Afrique, et ce en raison d'un déséquilibre, une hypertension, des céphalées, une faiblesse des membres supérieurs et inférieurs gauche, le diabète et des fourmillements dans l'hémicorps gauche. Il pensait avoir subi un autre AVC. Elle a constaté ce jour-là, au status clinique, une tension de 155/100, une prise de poids de 2 kg et un héli-syndrome résiduel gauche, mais n'étant pas neurologue, elle n'avait pu vérifier s'il y avait eu aggravation. Elle indique à ce propos que, selon un rapport du 26 janvier 2004, le Dr H \_\_\_\_\_, neurologue, avait constaté clairement une aggravation du point de vue neurologique par rapport au dernier examen du 5 décembre 2002. Il est également précisé qu'il avait vu le recourant le 30 avril 2003 à sa consultation. Elle indique que le scanner effectué à sa demande le 25 septembre 2003 n'avait pas montré de nouvel AVC, mais elle ne pouvait pas dire si cela excluait totalement l'hypothèse d'un nouvel accident vasculaire cérébral. Selon elle, si l'assuré avait fait un accident ischémique transitoire (AIT), lequel se manifeste notamment par une aphasie, une perte de connaissance ainsi qu'une parésie de l'hémicorps, aucune lésion ne serait apparue au scanner. Il lui est difficile de savoir si le recourant a fait un AVC ou un AIT en été 2003. En revanche, elle avait constaté une aggravation, sur le plan diabétique, par rapport à l'état de santé qu'il présentait avant son départ en vacances, et le neurologue avait constaté l'aggravation sur le plan neurologique. Selon elle, la tension mentionnée par le Dr E \_\_\_\_\_ (190 sur 100) est un facteur de risque énorme de faire un AVC, et ce compte tenu des antécédents de l'intéressé. Une telle situation médicale est extrêmement sérieuse et impose une hospitalisation. Le traitement indiqué sur le rapport du Dr E \_\_\_\_\_ est celui donné en urgence et il lui semblait adéquat au vu des constatations notées sur ledit rapport. Elle précise qu'un scanner peut objectiver une œdème cérébral droit, comme l'a indiqué le Dr E \_\_\_\_\_, et il est possible qu'il puisse entraîner un héli-syndrome.

Lorsqu'une lésion est causée au cerveau du côté droit, c'est l'hémicorps gauche qui est atteint. Un œdème diffus constaté en juillet et août 2003 peut se résorber et ne plus être visible sur un scanner pratiqué en septembre de la même année. Elle indique que depuis la consultation de septembre 2003 jusqu'à la consultation de janvier 2004, il n'y a pas eu chez l'assuré de nouvel événement parlant en faveur d'une récurrence d'AVC ou d'AIT.

38. Entendue à titre de renseignement, l'épouse du recourant a exposé que son mari avait été victime d'un malaise dans un taxi le 14 juillet 2003 et qu'il avait été déposé par le chauffeur dans le centre médical le plus proche, à savoir l'AMC. Le Dr E \_\_\_\_\_, qui s'est occupé de son mari, lui a affirmé que c'était grave. Il était tombé de la même façon qu'en Suisse, en 2002, lors de son AVC. Elle a vu son mari dans une chambre individuelle. Il présentait une déformation de la bouche, il entendait, mais n'était pas en mesure de parler. Parfois il comprenait ce qu'elle disait, parfois non. Le côté gauche était bloqué. Il n'a pas pu se lever pendant trois jours. Il est resté à l'hôpital pendant deux semaines, jour et nuit, et a bénéficié de physiothérapie et de médicaments. Un matin, son mari a été conduit à l'hôpital universitaire de Kinshasa pour y effectuer un scanner, mais elle ne sait pas où se trouvent les résultats. Dès la sortie de l'hôpital, les époux ont fait les démarches pour rentrer à Genève, avant la date prévue de fin des vacances. A son retour à Genève, son mari a pris rendez-vous à l'hôpital. Son mari n'avait pas totalement récupéré l'usage de ses bras et jambe gauches; la bouche était néanmoins redevenue normale. Elle précise qu'en RDC, les soins et d'autres prestations, se paient en dollars américains. Elle ne sait pas s'il y avait d'autres chambres à plusieurs lits.
39. Par courrier du 30 novembre 2005, l'intimée a informé le Tribunal de céans avoir sollicité des informations complémentaires par l'entremise de MONDIAL ASSISTANCE et requérait l'audition du Dr H \_\_\_\_\_. Par ailleurs, elle explique qu'après s'être renseignée auprès d'un confrère neurologue, son médecin-conseil avait déclaré que l'aggravation constatée en février 2004 n'était pas forcément liée à un événement isolé tel qu'un AVC et un AIT. A l'appui de ses explications, elle a produit une attestation médicale établie par le Dr B \_\_\_\_\_ le 21 novembre 2005, lequel confirmait par ailleurs sa prise de position du 20 mai 2005.
40. Le 22 février 2006, le Tribunal de céans a entendu le Dr H \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique, rééducation et rhumatologie auprès des HUG. Ce dernier a indiqué avoir examiné l'intéressé le 26 janvier 2004. Cette consultation assurait le suivi suite à l'hospitalisation de l'intéressé auprès des HUG du 18 avril au 18 juillet 2002. Lors de cette consultation, l'assuré lui a fait part d'une aggravation de ses difficultés depuis l'été 2003, alors qu'il se trouvait en Afrique. Il lui semblait cependant que le recourant ne lui avait pas parlé d'une hospitalisation. Le témoin indique avoir alors constaté une aggravation du déficit neurologique du côté gauche, et ce par rapport à l'examen de sortie du 10 juillet 2002 ainsi qu'au status

relevé le 5 décembre 2002. Il a constaté une marche péjorée ainsi qu'un membre supérieur gauche non utilisable, alors qu'en décembre 2002, son collègue avait constaté une amélioration de la dextérité du membre supérieur gauche. Il précise que l'assuré est connu pour trois facteurs de risques cardio-vasculaire et qu'il avait antérieurement fait plusieurs petits AVC. Selon le témoin, l'aggravation de l'état de santé est à attribuer au fait que l'intéressé a probablement fait un nouvel AVC. Il est vraisemblable que la péjoration de son état de santé soit due aux difficultés qu'il aurait subies et dont l'assuré lui avait fait part.

A la lecture du rapport du Dr E \_\_\_\_\_, le témoin indique que les constatations alors faites par ce médecin sont compatibles avec un nouvel AVC, mais pas certifiées. L'hémiplégie gauche n'est pas quantifiée et est donc difficilement comparable avec celle résultant de l'examen de sortie de juillet 2002. Le scanner est compatible avec une notion d'altération de la conscience due à un œdème diffus, celui-ci montrant une inflammation mais ne permettant pas de localiser l'AVC. Aux HUG, différents examens successifs sont en principe effectués dans ce genre de cas. L'œdème diffus peut être constaté sur écran, même si les images ne peuvent pas être imprimées. Selon le témoin, il semblait qu'il y avait une erreur de localisation dans la description de la paralysie faciale au vu de l'œdème diffus à droite. Néanmoins, il pouvait affirmer que l'état du patient s'était aggravé par un événement survenu entre décembre 2002 et janvier 2004. Selon les constatations faites par le Dr E \_\_\_\_\_, l'assuré n'était pas dans un état comateux avancé, mais présentait une altération de la vigilance modérée. Pour le témoin, une altération de la conscience et un déficit moteur justifient une hospitalisation, dont la durée dépend des circonstances du cas. Au cas où l'intéressé aurait fait un nouvel AVC, la durée de l'hospitalisation dépendrait de l'importance de l'altération de la conscience, de la vitesse de récupération du point de vue neurologique et de l'importance de l'assistance nécessaire par rapport à sa dépendance. Il rappelle que l'intéressé avait, en 2002, fait des AVC par étapes, qui avaient entraîné une hospitalisation pendant trois mois. Une altération de la conscience est un état inquiétant justifiant une hospitalisation et des examens complémentaires pour en trouver l'origine.

Il indique que la description faite par l'épouse de l'assuré, selon laquelle son mari était dans l'impossibilité de parler, et par moment de comprendre ce qu'elle lui disait, est compatible avec un œdème diffus ou une aphasie éventuelle. Selon lui, si le scanner effectué en septembre 2003 n'a pas objectivé de nouvel AVC, c'est qu'il n'y avait probablement pas de nouvelle grosse lésion. Pour le témoin, l'œdème diffus parlant en faveur d'une lésion consécutive, on se serait attendu à voir en septembre d'autres séquelles. Il y a tout de même un bémol à mettre, dans la mesure où, selon le témoin, il faut une interprétation non seulement de l'interniste mais également du neuro-radiologue, avec comparaison des clichés effectués en 2002. Selon lui, on se trouve en présence d'un cas où cliniquement l'on constate que

quelque chose de nouveau s'est passé, mais que les examens complémentaires ne permettent pas de confirmer.

En revanche, le témoin déclare que lorsque le Dr E\_\_\_\_\_ indique que le patient a récupéré son état de santé après 21 jours de soins, cela n'est pas exact, car en janvier 2004, son état de santé du point de vue neurologique s'était péjoré. Il est peu probable qu'il ait pu récupérer en été 2003 puis s'être aggravé de nouveau par la suite jusqu'en janvier 2004. L'interniste qui a examiné l'intéressé en août 2003, dans le cadre du contrôle des risques cardio-vasculaires, était une remplaçante et avait constaté, sur la base du dossier, une hémiplégie en 2002. Si le patient ne présentait alors pas un état de dépendance marquée, elle a dû juger que son état de santé d'un point de vue neurologique n'était pas alarmant et elle s'est plutôt focalisée sur le contrôle des facteurs de risques cardio-vasculaires. Il a enfin précisé que l'assuré souffre d'une maladie des petits vaisseaux au niveau cérébral profond et dont les symptômes sont notamment une apparition subite des déficits moteur gauche. Le 31 mars 2002, il y avait eu une apparition subite d'une difficulté à articuler, qui avait régressé en quelques heures : il s'agissait d'un AIT. Puis quelques jours plus tard, était apparu subitement un héli-syndrome gauche sensitivo-moteur, pour lequel il avait été admis aux soins intensifs.

41. Au cours de cette audience du 22 février 2006, l'intimée a produit la copie d'un courrier daté du 26 novembre 2005, signé par M. J\_\_\_\_\_, chef de poste de Rx CUK (cliniques universitaires de Kinshasa), selon lequel l'assuré n'avait jamais été examiné par eux entre le 14 juillet et le 7 août 2003. Le nom du Dr E\_\_\_\_\_ de l'AMC n'avait par ailleurs pas été retrouvé dans les archives.
42. Par écriture du 31 mars 2006, le recourant a persisté dans ses conclusions, au motif que les enquêtes ont permis d'établir la réalité de l'atteinte à la santé qu'il avait subie à KINSHASA en été 2003 ainsi que la nécessité de l'hospitalisation.
43. Par courrier reçu le 31 mars 2006, l'intimée a également persisté dans ses conclusions. Selon elle, des doutes existent encore sur l'hospitalisation qui a eu lieu au Caméroun (*recte*: RDC). Elle indique que, contrairement à ce qu'avait mentionné le Dr E\_\_\_\_\_, il était établi que le recourant n'avait jamais été traité à l'hôpital universitaire de KINSHASA. Par ailleurs, selon la Dresse K\_\_\_\_\_, le traitement administré par le Dr E\_\_\_\_\_ semblait adéquat. Selon le Dr H\_\_\_\_\_, les constatations rapportées par le Dr E\_\_\_\_\_ n'étaient pas certifiées. Ce témoin avait relevé des erreurs dans le rapport du Dr E\_\_\_\_\_. En ce qui concerne l'hospitalisation du recourant au Caméroun (*recte*: RDC), outre l'erreur de date dans le cahier des malades, l'intimée indique notamment que l'épouse de l'assuré avait déclaré que l'AMC possédait plusieurs chambres alors que les informations recueillies par MONDIAL ASSISTANCE font état d'un petit dispensaire avec une chambre. Selon elle, les déclarations de l'épouse n'ont pas de force probante vu la divergence des opinions concernant l'hygiène au

---

sein de l'AMC. Se posait en outre la question de savoir pour quelle raison l'assuré, une fois hospitalisé, n'avait pas jugé nécessaire de faire appel à MONDIAL ASSISTANCE. Elle relève que les notes prises en août 2003 par la collègue de la Dresse K\_\_\_\_\_ ne font état ni d'une hospitalisation ni d'une aggravation de l'état neurologique, et que la tension était alors légèrement élevée. Par contre, en septembre 2003, une aggravation de l'hémisyndrome résiduel est constatée et la tension était alors très élevée. Pour elle, la question qui reste ouverte est de savoir pourquoi, en cas de réelle péjoration des capacités physiques de l'assuré, les médecins ont attendu plus d'un mois après son retour avant de lui faire passer un scanner. Selon elle, l'assuré a certes subi une péjoration de son état de santé entre décembre 2002 et janvier 2004, mais des doutes subsistent sur l'exactitude et la véracité des rapports médicaux établis par le Dr E\_\_\_\_\_. Pour elle, il est établi qu'à son retour à Genève, l'état de santé du recourant ne s'était pas modifié depuis son départ et que ce n'est qu'en septembre que les médecins ont eu connaissance de l'hospitalisation en Afrique et que l'aggravation a été constatée. Enfin, aucun élément médical ne prouve qu'il a réellement subi un accident vasculaire cérébral en Afrique. Par conséquent, il est, selon elle, impossible de déterminer si l'assuré fut effectivement hospitalisé à l'AMC à Kinshasa.

44. Les écritures ont été communiquées aux parties le 3 avril 2006 et la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

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

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

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

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

3. Les faits déterminants contestés étant survenus dans le courant de l'année 2003, la LPGA, qui est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, s'applique au présent litige.

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

4. L'objet du litige consiste à déterminer si le recourant est en droit de réclamer à l'intimée la prise en charge des frais médicaux relatifs à son hospitalisation à Kinshasa, en RDC, du 14 juillet au 7 août 2003.
5. Aux termes de l'art. 34 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25 al. 2 ou 29 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales (1<sup>ère</sup> phrase).

D'après l'art. 36 al. 2 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal), fondé sur la délégation de compétence de l'art. 34 al. 2 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence selon la même disposition, lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié; il n'y a pas urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement. Ce qui est donc déterminant c'est que l'assuré ait subitement besoin et de manière imprévue d'un traitement à l'étranger. Il faut que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (EUGSTER, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), Soziale Sicherheit, p. 88 n° 176).

L'art. 36 al. 4 OAMal fixe en outre l'étendue de la prise en charge des prestations à l'étranger. Pour les cas d'urgence à l'étranger, 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.

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

6. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de

preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

b) L'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4<sup>ème</sup> édition Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2<sup>ème</sup> édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références). Aussi, n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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

7. En l'espèce, il n'est pas contesté ni contestable que le recourant s'est rendu en RDC pour y passer les vacances. Reste, par conséquent, à examiner si l'intéressé a eu besoin d'un traitement médical pour lequel un retour en Suisse n'était pas approprié.

Le recourant allègue avoir été victime d'une perte de connaissance à la suite de laquelle il aurait été hospitalisé pendant 21 jours auprès de l'AMC. Selon l'intimée, il serait impossible de déterminer si le recourant a effectivement été hospitalisé dans ledit dispensaire.

En l'occurrence, se trouve au dossier un rapport médical établi par le Dr A \_\_\_\_\_ expliquant les circonstances ayant entraîné l'hospitalisation du recourant, la nature des examens pratiqués, le diagnostic posé ainsi que le traitement mis en œuvre. Il en ressort notamment que le recourant a été reçu en urgence le 14 juillet 2003 à l'AMC, pour une notion de perte de connaissance sans notion de traumatisme. Il présentait alors une altération de la conscience avec un Glasgow Coma Scale à 10/15, une paralysie faciale droite (lèvres déviées à gauche), une hémiplégie gauche, un pouls à 96 pulsations par minute et une TA à 190/110 mmHg. Il a été conclu à un AVC sur HTA. L'hospitalisation aurait pris fin le 7 août 2003.

Le Tribunal de céans constate, sur la base des pièces et des témoignages recueillis en cours de procédure, que le recourant est effectivement connu pour trois facteurs de risques cardio-vasculaires. Plus précisément, il souffre d'une maladie des petits vaisseaux au niveau cérébral profond, dont les symptômes sont notamment une apparition subite des déficits moteurs gauche. En mars-avril 2002, le recourant avait déjà souffert d'un AVC et avait été admis aux soins intensifs des HUG pour une apparition subite d'un héli-syndrome gauche sensitivo-moteur. Il était depuis lors suivi régulièrement par la Dresse K \_\_\_\_\_, notamment pour son diabète et sa tension, ainsi que par le service de neurologie des HUG, et bénéficiait également de physiothérapie en raison de la parésie résiduelle de l'hémicorps gauche.

Les enquêtes ont par ailleurs permis d'établir que l'état de santé du recourant avait subi une aggravation entre son départ en Afrique et son retour à Genève. A ce propos, la Dresse K \_\_\_\_\_, qui suit l'intéressé depuis octobre 2002, a expliqué l'avoir vu deux jours avant son départ et lui avoir donné l'autorisation de partir en vacances, étant donné qu'il était alors stable au vu de sa tension ainsi que sur les plans neurologique et diabétique. Lorsqu'elle a revu le recourant à sa consultation le 17 septembre 2003, elle a constaté une aggravation sur le plan diabétique par rapport à l'état de santé présenté avant son départ ainsi qu'une aggravation de l'hypertension artérielle. L'aggravation sur le plan neurologique a quant à elle été constatée par le Dr H \_\_\_\_\_, lors de sa consultation du 24 janvier 2004. Il a expliqué au Tribunal de céans avoir constaté un déficit neurologique du côté gauche par rapport aux rapports des 10 juillet et 5 décembre 2002: la marche s'était péjorée et le membre supérieur gauche était non utilisable. Enfin, les Drs G \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_ ont également confirmé dans leurs rapports des 14 mars et 12 mai 2005, l'aggravation de l'état de santé du recourant à son retour à Genève, et attesté de la modification, dès le mois d'août 2003, du traitement médicamenteux.

Ainsi, ces médecins, qui ont examiné le recourant à son retour à Genève, ont pu constater une aggravation de son état de santé, quand bien même ils admettent qu'il est difficile de savoir l'atteinte exacte que le recourant a subie en Afrique. Selon le

Dr H \_\_\_\_\_, il s'agit d'un cas où cliniquement l'on constate que quelque chose de nouveau s'est passé, mais que les examens complémentaires ne permettent pas de confirmer. De son point de vue, le recourant a probablement fait un nouvel AVC. Quant à la Dresse K \_\_\_\_\_, elle a déclaré qu'il était difficile de savoir si le recourant a fait un AVC ou un AIT.

Le Tribunal de céans relève en outre, qu'une fois de retour à Genève, le recourant a pris spontanément un rendez-vous auprès des HUG, se plaignant de tête lourde avec sensation occasionnelle de fourmillements dans les membres supérieur et inférieur gauches, comme cela résulte du rapport médical des Drs F \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_ du 12 mai 2005 et du témoignage de la Dresse K \_\_\_\_\_. En septembre 2003, le recourant a par ailleurs non seulement informé son médecin, la Dresse K \_\_\_\_\_, de son hospitalisation pendant trois semaines en Afrique, mais il a également expliqué les raisons qui avaient justifié cette hospitalisation. Or, à cette date-là, le litige entre les parties n'était pas encore né et le Dr A \_\_\_\_\_ n'avait pas encore rédigé son rapport médical.

Enfin, le rapport médical du Dr A \_\_\_\_\_ a été soumis pour appréciation aux Drs H \_\_\_\_\_ et K \_\_\_\_\_, lesquels n'ont pas relevé de contradictions en ce qui concerne les examens pratiqués, le diagnostic posé ainsi que le traitement mis en œuvre par ce médecin. La Dresse K \_\_\_\_\_ a notamment expliqué qu'un œdème diffus constaté en juillet et août 2003 peut se résorber et ne plus être visible sur un scanner pratiqué en septembre de la même année. Le Dr H \_\_\_\_\_ a quant à lui indiqué notamment que les constatations faites par le Dr A \_\_\_\_\_ étaient compatibles avec un nouvel AVC. Par ailleurs, le scanner est selon lui compatible avec une notion d'altération de la conscience due à un œdème diffus, et ce dernier pouvait effectivement être constaté sur écran, même si les images ne pouvaient pas être imprimées. Le témoin a certes également expliqué qu'il n'était pas exact de dire, comme l'avait indiqué le Dr A \_\_\_\_\_, que le recourant avait récupéré son état de santé après 21 jours de soins, car en janvier 2004 il avait constaté que l'état de santé du recourant s'était péjoré. Or, le Tribunal de céans relève à ce propos que le Dr A \_\_\_\_\_ a relativisé son appréciation concernant la récupération de son patient, et précisé que l'intéressé avait tout de même gardé une hémiplégie gauche malgré les séances de kinésithérapie. Par ailleurs, il semblait au Dr H \_\_\_\_\_ qu'il y avait une erreur de localisation dans la description de la paralysie faciale faite par le Dr A \_\_\_\_\_ au vu de l'œdème diffus à droite. Cependant, cet élément n'est pas suffisant pour mettre en doute la valeur probante du rapport du Dr A \_\_\_\_\_.

L'épouse du recourant a par ailleurs également donné des explications détaillées sur les circonstances de l'hospitalisation subie par son mari. Comme l'a confirmé le Dr H \_\_\_\_\_ devant le Tribunal de céans, les explications de l'épouse du recourant, concernant l'impossibilité de son mari de parler et par moment de

---

comprendre ce qu'elle disait, sont compatibles avec les constatations indiquées dans le rapport médical du Dr A\_\_\_\_\_.

Par conséquent, quand bien même le montant facturé par le Dr A\_\_\_\_\_ est élevé, que la constatation d'un œdème diffus n'est pas certifiée et qu'un nouvel AVC n'a pas pu être objectivé par les médecins en septembre 2003, les témoignages et les pièces versées au dossier permettent d'accorder une valeur probante au rapport médical du Dr A\_\_\_\_\_ et de retenir que l'hospitalisation du recourant auprès de l'AMC à Kinshasa du 14 juillet au 7 août 2003 est établie avec un degré de vraisemblance suffisant.

8. Le Tribunal de céans relève par ailleurs que les éléments invoqués par l'intimée ne permettent pas de mettre en doute l'authenticité des documents produits par le recourant. Ainsi, les rapports médicaux du Dr B\_\_\_\_\_ des 20 mai et 21 novembre 2005 ne remplissent pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante, dans la mesure notamment où ils ne se fondent pas sur des examens complets et que les conclusions ne sont pas bien motivées. Ils n'apportent au demeurant pas d'éléments concrets permettant d'écarter les constatations faites par les Drs A\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_, K\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_.

Par ailleurs, contrairement à ce que prétend l'intimée, la date notée dans le cahier des malades (14 juillet) correspond effectivement à celle figurant sur le rapport médical du Dr E\_\_\_\_\_ et à celle alléguée par le recourant. En outre, le fait que l'assuré n'ait pas fait appel à MONDIAL ASSISTANCE est tout à fait compréhensible au vu des circonstances dans lesquelles se sont retrouvés le recourant et son épouse. De toute manière, l'intimée ne saurait reprocher ce fait au recourant dans la mesure où il n'est nullement établi que le recourant, assuré en catégorie AH, ait été informé des conditions particulières du Groupe Mutuel Assistance, catégorie ASS, en cas de voyage ou de séjour à l'étranger jusqu'à 60 jours consécutifs.

Enfin, contrairement à ce que prétend l'intimée, on ne peut pas retenir que l'aggravation de l'état de santé se serait produite en septembre 2003. En effet, le Tribunal rappellera que le recourant, à son retour à Genève, a spontanément pris un rendez-vous le 14 août 2003 à la polyclinique de médecine des HUG. Comme l'a expliqué le Dr H\_\_\_\_\_ au Tribunal de céans, c'est une remplaçante de la Dresse K\_\_\_\_\_ qui a alors examiné l'intéressé. Selon le témoin, étant donné que l'interniste avait constaté, sur la base du dossier, une hémiplégie en 2002, elle avait certainement dû juger que l'état de santé du recourant, d'un point de vue neurologique, n'était pas alarmant, raison pour laquelle elle s'était plutôt focalisée sur le contrôle des facteurs de risques cardio-vasculaires. La Dresse K\_\_\_\_\_ a par ailleurs confirmé que la valeur de la tension que sa remplaçante avait notée était alors un peu limite. Quant aux Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, ils ont

précisé non seulement les plaintes en raison desquelles le recourant s'était présenté aux HUG en août 2003, mais également la constatation de l'aggravation de l'état de santé et la modification du traitement médicamenteux dès ce mois-là. Quoi qu'il en soit, la Dresse K\_\_\_\_\_ a clairement précisé qu'entre septembre 2003 et janvier 2004 il n'y avait pas eu de nouvel événement parlant en faveur d'une récurrence d'AVC ou d'AIT, corroborant ainsi les constatations faites en juillet et août 2003 à Kinshasa par le Dr A\_\_\_\_\_. Finalement, le fait que le physiothérapeute n'ait pas constaté de détérioration dans l'état du recourant en août 2003 n'est pas un élément suffisant, dans la mesure où non seulement cette appréciation n'est pas le fait d'un médecin, mais de plus elle n'exclut nullement que le recourant ait subi un AVC ou un AIT en juillet-août 2003.

9. Par conséquent, compte tenu des déclarations des témoins, des rapports médicaux et des explications du recourant et de son épouse, le Tribunal de céans est d'avis que l'hospitalisation du recourant auprès de l'AMC à Kinshasa du 14 juillet au 7 août 2003 est établie avec un degré de vraisemblance suffisant.

En ce qui concerne la notion d'urgence, l'intimée a admis lors de l'audience du 7 avril 2005, qu'à la lecture du rapport médical du Dr E\_\_\_\_\_, dont les constatations ne peuvent être écartées, cette condition était remplie.

En effet, le Dr H\_\_\_\_\_ a confirmé, lors de son audition, qu'une altération de la conscience et un déficit moteur justifient en soi une hospitalisation. Il s'agit d'un état inquiétant motivant des examens complémentaires. Pour la Dresse K\_\_\_\_\_, au vu de la tension mentionnée par le Dr A\_\_\_\_\_ (190/110) et compte tenu des antécédents du recourant, il s'agissait d'un facteur de risque énorme de faire un nouvel AVC. Selon elle, la situation médicale telle que mentionnée par le Dr A\_\_\_\_\_ était extrêmement sérieuse et imposait dès lors une hospitalisation.

L'état de santé du recourant exigeait par conséquent subitement et immédiatement un traitement médical en milieu hospitalier. Vu l'altération de la conscience et le déficit moteur dont souffrait le recourant, il ne fait aucun doute qu'un retour en Suisse était totalement inapproprié.

Le Tribunal de céans constate que la condition de l'urgence est par conséquent remplie.

Enfin, les examens pratiqués ainsi que le traitement mis en oeuvre par le Dr A\_\_\_\_\_ étaient, pour la Dresse K\_\_\_\_\_, adéquats au vu des constatations faites par le Dr A\_\_\_\_\_. Le Dr B\_\_\_\_\_ a, quant à lui, confirmé, dans sa prise de position du 16 décembre 2004, que la durée de l'hospitalisation avait été adéquate.

Au vu de ce qui précède, il incombe à l'intimée de prendre en charge les frais relatifs au traitement et à l'hospitalisation du recourant auprès de l'AMC du 14 juillet au 7 août 2003, dans les limites posées par l'art. 36 al. 4 OAMal. La cause lui sera par conséquent renvoyée, afin qu'elle en fixe le montant.

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

En l'espèce, le délai de 24 mois est arrivé à échéance en août 2005 et le recourant s'est conformé entièrement à l'obligation de collaborer qui lui incombait. Par conséquent, le recourant a droit à des intérêts moratoires de 5% dès le 8 août 2005 sur le montant à rembourser par l'intimée.

11. Le recourant, qui obtient gain de cause, aura droit à des dépens que le Tribunal fixe à 3'000 fr.

\*\*\*

---

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule les décisions de l'intimée des 22 janvier 2004 et 3 septembre 2004.
4. Condamne l'intimée au paiement des frais subis par Monsieur L. \_\_\_\_\_ en raison de son hospitalisation en urgence à Kinshasa du 14 juillet 2003 au 7 août 2003, dans le sens des considérants, plus intérêts à 5 % l'an dès le 8 août 2005.
5. Renvoie la cause à l'intimée afin qu'elle en fixe le montant, conformément aux considérants.
6. Condamne l'intimée à verser au recourant la somme de 3'000.- fr. à titre de dépens.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier :  
Walid BEN AMER

La Présidente :  
Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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