RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4049/2005 **ATAS/104/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 31 janvier 2007

En la cause

Madame A_____, domiciliée , PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Catherine GAVIN	recourante

contre

MUTUEL ASSURANCES, sise rue du Nord 5, MARTIGNY	intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Doris WANGELER et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Madame A_____ a été affiliée du 1er janvier au 31 décembre 2005 auprès de MUTUEL ASSURANCES (ci-après : MUTUEL) pour l'assurance obligatoire des soins avec franchise de 300 fr. et complément accidents.

2. Le 2 mars 2005, alors qu'elle se trouvait en vacances au Caire (Egypte), elle a affirmé avoir été renversée par une voiture et conduite à "établissement hospitalier".

3. Selon le rapport du 6 mars 2005 du Dr A1_____, directeur de "établissement hospitalier", la patiente a été admise en salle des urgences en raison d'un saignement sévère du nez, étant précisé que la patiente n'avait pas eu de perte de connaissance. Les médecins ont constaté un traumatisme sévère du nez, à savoir une fracture et des dermabrasions nasales, et dans les régions abdominales ainsi que pelviennes. Puis, la patiente a été admise en chirurgie où elle a été examinée par une équipe de médecins, à savoir un généraliste, un ophtalmologue, un oto-rhino-laryngologue, un neurochirurgien et un gynécologue. Ces médecins ont procédé à divers examens, notamment des radiographies du crâne et du thorax ainsi que des ultrasons pour le foie, les reins, la rate et la région pelvienne. Ils ont posé un diagnostic de fracture du nez et de traumatisme abdominal, puis ils ont procédé à une opération de correction du nez et à la pose d'un cast. Ensuite, la patiente a été admise en oto-rhino-laryngologie et le cast a été ôté le 6 mars 2005, date à laquelle l'intéressée est sortie de l'hôpital.

4. Le 6 mars 2005, l'assurée a contacté MONDIAL ASSISTANCE et l'a informée de son hospitalisation du 2 au 6 mars 2005 suite à un accident (visage défiguré). Elle a demandé la prise en charge des frais de report du vol de retour.

5. Sur un papier à en-tête AMMAN PLASTIC HOSPITAL, envoyé par fax le 9 mars 2005, le Dr A1_____ a recommandé que la patiente effectuât le vol de retour en business class. Sur la base du fax reçu et de la décision de son médecin-conseil, MONDIAL ASSISTANCE a accepté la prise en charge d'un billet d'avion en business class.

6. Le 15 mars 2005, l'assurée a rempli une déclaration d'accident mentionnant que, le 2 mars 2005, elle s'était fait renverser au Caire par une voiture en traversant la rue et qu'il n'y avait pas eu de témoins. Elle a indiqué qu'elle avait subi des blessures au nez, au visage et à la cuisse. En outre, elle a précisé qu'il n'y avait eu ni rapport de police, ni constat à l'amiable, ni plainte pénale. Enfin, elle a ajouté que la responsabilité d'une tierce personne n'était pas engagée dans cet accident.

7. Après que l'assurée a transmis à MUTUEL une facture de "établissement hospitalier" de 4'630 $ et deux factures de pharmacie, l'une datée du 2 mars 2005 d'un montant de 68 $ 75 et l'autre datée du 3 mars 2005 d'un montant de 138 $,

l'assurance a demandé, le 1er avril 2005, à MONDIAL ASSISTANCE des renseignements complémentaires notamment quant à l'existence de fausses factures.

8. Par fax du 9 mai 2005, MONDIAL ASSISTANCE a indiqué que, selon son correspondant, l'hôpital ne disposait pas de moyens pour prodiguer des soins après un traumatisme, ni pour pratiquer des radiographies, ni même d'une salle d'urgence et que cet hôpital était un centre sur un étage pour chirurgie esthétique, enfin, que les chambres de cet hôpital étaient destinées à la récupération des patients suivant un traitement ambulatoire et non pas à une hospitalisation. Le correspondant a estimé que cet hôpital était uniquement consacré à la chirurgie esthétique et non pas à la prise en charge d'un traumatisme ou d'un patient normalement malade. En outre, il a confirmé que le rapport médical avait bien été rédigé par le Dr A1_____. Par ailleurs, MONDIAL ASSISTANCE a précisé qu'une loi égyptienne obligeait tout hôpital à informer la police en cas d'admission d'un patient à la suite d'un accident et que, dans le cas de la patiente, il n'existait aucun rapport de police.

9. Par courrier du 18 mai 2005, l'assurée a requis de MUTUEL le remboursement des prestations dues dans les dix jours et l'a informé, qu'à défaut, elle procéderait par voie juridique.

10. Par fax du 20 mai 2005, MONDIAL ASSISTANCE a indiqué que son correspondant avait parlé au Dr A1_____, directeur de l'hôpital, anesthésiste et médecin rapporteur, qui avait expliqué que l'opération avait consisté en une correction nasale consécutive à un accident de voiture survenu le même jour. Il a précisé que son interlocuteur était manifestement embarrassé quand il lui avait demandé un exemplaire du rapport de police et avait répondu qu'il n'y avait pas eu de rapport. Le correspondant a ajouté que le Dr A1_____ avait avoué que son hôpital avait une surface de 170 m² avec deux petites salles de réveil et s'occupait uniquement de chirurgie esthétique ambulatoire ainsi que plastique, et n'avait ni de salle d'urgence, ni de machines à ultrasons ou à rayons X.

11. Par décision du 25 mai 2005, MUTUEL a refusé le remboursement des factures estimant qu'au regard des informations recueillies par MONDIAL ASSISTANCE, il avait toutes les raisons de croire que les notes présentées étaient fausses ou surfacturées. De plus, il a précisé que si le traitement était effectivement esthétique, il ne faisait pas partie des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins.

12. Le 1er juin 2005, l'assurée a formé opposition contre ladite décision. Elle a exigé la mise en oeuvre d'une expertise médicale avec avis et informations du premier médecin-traitant à Genève, le Dr B_____. Elle a expliqué que l'hôpital où elle avait été soignée lui avait été recommandé par une amie qui l'accompagnait lors de son accident et que jusqu'au jour de son admission, elle n'avait pas eu connaissance de l'existence de cet établissement. Elle a maintenu que des radiographies avaient

été effectuées dans les locaux de cet hôpital. De plus, elle a précisé qu'elle avait informé MUTUEL de son accident, alors qu'elle se trouvait encore en Égypte.

13. Par courrier du 14 juin 2005, MUTUEL a indiqué à l'assurée qu'il était disposé à réexaminer son dossier si elle pouvait lui faire parvenir les radiographies, un rapport médical détaillé, la preuve du paiement des factures, enfin, une preuve de son hospitalisation.

14. Sur demande de MUTUEL, dans son rapport du 16 juin 2005, le Dr B_____, médecin au service médical de la Jonction, a posé un diagnostic de suites d'accident au Caire (renversée par une voiture) et a mentionné une plaie nasale majeure.

15. Par courrier reçu le 30 juin 2005, l'assurée a communiqué à MUTUEL la radiographie effectuée le 16 juin 2005. En outre, elle a précisé que les factures avait été payées en espèces en Égypte et qu'elle ne comprenait toujours pas pourquoi un représentant de MONDIAL ASSISTANCE n'était pas venu la voir sur place et l'assister lors de cet événement difficile. Elle a rappelé qu'elle était disposée à se soumettre à une expertise médicale auprès du médecin qui lui serait désigné.

16. Par courriel du 5 juillet 2005, MONDIAL ASSISTANCE a expliqué que son représentant avait essayé plusieurs fois de joindre le Dr A1_____, sans succès, et qu'il avait finalement parlé au Dr C_____ qui avait précisé que tous les rapports et les radiographies avaient été remis à la patiente.

17. Le 19 août 2005, l'assurée a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales en raison de l'absence de réponse à son courrier du 14 juin 2005 afin de faire valoir ses droits par rapport aux prestations et tort moral dus.

18. Sur demande de MUTUEL, dans son rapport du 24 août 2005, le Dr B_____ a posé le diagnostic de suites d'un trauma nasal et a indiqué que, lors de la consultation du 11 mars 2005, il avait constaté une importante dermabrasion en cours de cicatrisation au tiers moyen supérieur du nez. Il a précisé qu'il n'avait pas pris de radiographies lors de sa consultation du 11 mars 2005 en raison de l'absence d'indications médicales au regard de l'évolution stable. De plus, il a expliqué avoir effectué une radiographie le 16 juin 2005 à cause d'une suspicion de sinusite séquellaire à l'accident. À la question de savoir si, sur la base de cette radiographie, il pouvait garantir qu'une intervention reconstructive post-traumatique du nez avait été entreprise en Égypte, le médecin-traitant a répondu qu'il fallait poser cette question à un spécialiste oto-rhino-laryngologue ou radiologue.

19. Le 5 septembre 2005, MUTUEL a demandé à son médecin-conseil d'examiner si, sur la base de la radiographie, il était possible que l'assurée ait été opérée, s'il pouvait s'agir d'un traitement esthétique et si, en cas d'opération, il était normal que la fracture soit toujours présente sur la radiographie. Dans sa prise de position du 9 septembre 2005, le Dr D_____, chirurgien et gynécologue ainsi que

médecin-conseil du Groupe MUTUEL, a estimé qu'il n'était pas possible de dire s'il y avait eu un accident et qu'une opération était possible. Il a précisé qu'une réduction d'une fracture du nez se faisait en dix minutes et non pas en deux heures et que, dans un tel cas, une opération n'était pas nécessaire car il suffisait de remettre le nez en place avec les doigts. Il a ajouté qu'il ne voyait pas de fracture sur la radiographie sauf peut-être une fente et qu'il n'y avait pas de preuve qu'elle avait été opérée.

20. Par décision sur opposition du 14 octobre 2005, MUTUEL a refusé tout remboursement pour le motif que l'assurée n'avait apporté aucune preuve attestant le caractère médical et urgent du traitement. En outre, il a précisé qu'il n'avait toujours pas reçu le rapport médical complet des deux chirurgiens qui avaient effectué l'opération. Il a expliqué que l'accident n'avait pas été communiqué à la police alors que, selon la législation égyptienne, il aurait dû l'être et que le "établissement hospitalier" ne disposait pas des structures nécessaires pour réaliser les prestations facturées et n'était pas équipé pour effectuer des radiographies qui vraisemblablement n'existaient pas. Enfin, il a indiqué que les médecins de cet hôpital n'avaient pas mentionné l'intervention qui avait duré deux heures, alors que, selon son médecin-conseil, une réduction de fracture ne pouvait pas se faire en urgence, ne durait pas plus de dix minutes et ne se faisait pas chirurgicalement mais par simple manipulation.

21. Dans son arrêt du 26 octobre 2005, le Tribunal a déclaré sans objet le recours pour déni de justice et a rayé la cause du rôle.

22. Par acte du 11 novembre 2005, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales contre la décision sur opposition du 14 octobre 2005. Elle conclut à l'octroi des prestations qui lui sont dues. Elle expose qu'elle a été victime d'un accident en Égypte et qu'elle n'y avait nullement programmé une quelconque intervention médicale. En outre, elle explique qu'étant focalisée sur son état de santé, elle ne s'était pas souciée du caractère obligatoire d'une déclaration à la police après un accident. Elle ajoute que ni le Dr A1_____, ni le personnel de l'hôpital ne lui ont remis un quelconque rapport ou des radiographies.

23. Le 14 novembre 2005, la recourante a soutenu que l'intimé n'avait pas apporté la preuve médicale que le sinistre était une intervention déguisée. Par ailleurs, elle a indiqué que l'assurance n'avait procédé à aucune expertise malgré ses diverses requêtes. Elle a relevé également que le médecin-conseil de l'intimé ne contestait pas directement qu'il y avait eu accident. Enfin, elle s'est étonnée que l'intimé ait pris en charge son retour en Suisse, mais ait refusé d'assumer les traitements médicaux et hospitaliers. Elle a conclu à la prise en charge par l'intimé des prestations relatives à cet accident et du traitement futur relatif aux séquelles médicalement présentes ainsi qu'à l'envoi d'une lettre d'excuses.

24. Dans sa réponse du 15 décembre 2005, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé qu'il s'agissait de déterminer si l'intervention subie par la recourante pouvait être considérée comme un traitement urgent ou s'il s'agissait plutôt d'un traitement volontaire. Considérant que l'hôpital dans lequel la patiente avait été opérée ne disposait pas de moyens de s'occuper de traumatismes, d'effectuer des radiographies, ni même d'une salle d'urgence et que ce centre était uniquement équipé pour la chirurgie plastique et de beauté, il a estimé que la situation ayant conduit à l'opération était pleine d'interrogations qui ne permettaient pas à l'assurance de se prononcer sur une éventuelle prise en charge. Il a ajouté qu'aucun rapport de police n'avait été établi bien qu'une loi égyptienne obligeait chaque hôpital d'informer la police lors de l'admission d'un patient victime d'un accident et que, selon son médecin-conseil, une telle opération n'était pas médicalement adaptée à la suite d'un traumatisme nasal. Il s'est étonné que le médecin-traitant n'ait pas procédé à des radiographies de la recourante à son retour à Genève, alors que celle-ci s'était plainte plusieurs fois de douleurs qu'elle ressentait depuis son retour, ni même qu'il ait effectué des radiographies de profil après avoir eu connaissance de l'accident.

25. Par réplique du 23 janvier 2006, la recourante a conclu, préalablement, à la mise en oeuvre de mesures probatoires pour établir les faits de la cause, y compris une expertise auprès d'un spécialiste, et, principalement, au remboursement intégral des frais liés à son accident, respectivement à la condamnation de l'intimé à lui verser, avec intérêt à 5 % et sous suites de dépens, 138 $, 68 $ 75, 4'630 $ et 48 fr. Elle a exposé que, lors de l'accident, elle avait eu également une côte gauche fissurée et avait à moitié perdu connaissance. En outre, elle a indiqué que "établissement hospitalier" ressemblait à une grosse villa contiguë d'un étage sur rez, que le rez-de-chaussée accueillait une grande réception ainsi que des salles de consultation, alors qu'au premier étage, elle avait pu voir en tout cas trois chambres ainsi que des salles d'opération. Elle a précisé que, sur la droite de cet immeuble, se trouvait une pharmacie et, sur la gauche, un institut de radiologie mais qu'il n'existait aucun lien intérieur direct entre les trois entités. Elle a expliqué qu'elle avait dû rentrer en avion à Genève en business class pour pouvoir rester allongée en raison de sa côte fissurée et qu'elle avait dû porter une ceinture pour éviter que la côte ne se déboîtât. Elle a relevé que les réponses de MONDIAL ASSISTANCE étaient apparemment basées sur des informations transmises par un correspondant qui ne portaient aucun en-tête officiel et n'étaient ni datées, ni signées. Elle a estimé que rien ne permettait d'admettre que ces informations émanaient d'une personne qualifiée telle qu'un médecin ou une personne de formation médicale pour juger de la capacité du "établissement hospitalier" à opérer les suites d'un accident. Elle a soutenu que l'existence d'un sinistre assuré ne pouvait pas être valablement contestée au vu de son état de santé et des séquelles dont elle souffrait encore actuellement. Elle a souligné qu'en acceptant la prise en charge de l'intervention programmée par le Prof. E_____, l'intimé faisait preuve de mauvaise foi en persistant à alléguer

une opération de chirurgie esthétique. Elle a ajouté que, même si les radiographies n'étaient jamais arrivées ni à l'assurance, ni à elle-même, la réalité de l'accident pouvait être aisément établie par d'autres moyens tels que radiographies et examen par un spécialiste en Suisse, mais que l'assurance n'avait jamais requis de tels actes. Enfin, elle a sérieusement mis en doute l'objectivité des conclusions du correspondant de MONDIAL ASSISTANCE dès lors que celle-ci avait manifestement pour instruction de trouver des arguments permettant de refuser la prise en charge des frais de traitement.

26. Dans sa duplique du 16 mars 2006, l'intimé a relevé que son médecin-conseil ne contestait pas l'existence d'un accident mais la date de cet accident. Il a expliqué qu'il n'était pas contradictoire de sa part d'accepter la prise en charge de l'opération future dès lors que celle-ci était médicalement nécessaire. Par ailleurs, il a produit un rapport médical du "établissement hospitalier" au Caire, spécialisé en chirurgie esthétique, relatif à une opération réalisée le 25 décembre 2003 à la suite d'une obstruction nasale consécutive à un ancien traumatisme nasal requérant des soins urgents. Ce rapport mentionnait une plastie du septum qui avait nécessité un séjour de trois jours et avait coûté 3'000 $. En conséquence, l'intimé a considéré que la recourante avait bien subi un traumatisme nasal et que ce dernier était antérieur à mars 2005. Au surplus, il a persisté dans ses conclusions.

27. Le 19 avril 2006, le Tribunal a ordonné une comparution personnelle des parties et l'audition du Dr B_____ qui ont eu lieu le 3 mai 2006. Lors de cette audience, le médecin-traitant a indiqué qu'il avait examiné la patiente à son cabinet, le 11 mars 2005, à son retour d'Égypte et qu'elle lui avait signalé un accident de voiture survenu le 2 mars 2005 au Caire. Au status clinique, il avait constaté des ecchymoses au visage, une dermabrasion sur le tiers supérieur du nez, un oedème de la muqueuse nasale, enfin, des cicatrices de suture nasale. Il a précisé que l'examen clinique s'était limité au visage et que son dossier ne contenait pas d'indication relative aux côtes. Il a exposé que les lésions cliniques constatées étaient médicalement compatibles avec un événement traumatique. Il a expliqué que, si la patiente avait subi une intervention esthétique du nez, elle n'aurait pas présenté de dermabrasion. Il a confirmé que, sur les radiographies qu'il avait effectuées le 16 juin 2005, il avait constaté une fracture des ailes du nez provoquant une congestion des cornets et expliquant l'obstruction nasale chronique. Il a ajouté qu'avant la consultation du 11 mars 2005, sa patiente ne se plaignait pas du nez, ne présentait pas d'oedème nasal et qu'une déviation nasale pouvait entraîner une obstruction nasale chronique. Quant à la recourante, elle a expliqué qu'en décembre 2003, elle était en vacances au Caire lorsqu'elle avait glissé dans la baignoire et que sa famille l'avait conduite à l'hôpital tout proche où les médecins avaient constaté une déviation ancienne de la cloison nasale. Elle a prétendu que, lors de l'accident de mars 2005 au Caire, elle avait perdu connaissance et que le responsable de l'accident était le fils d'un général de l'armée égyptienne dont elle n'avait pas pu savoir le nom et qui avait quitté les lieux sans s'annoncer auprès d'elle. Pour sa part,

l'intimé a précisé qu'il ne contestait pas l'existence d'une lésion nasale, mais que, sur la base des radiographies fournies par le Dr B_____, son médecin-conseil ne pouvait pas constater s'il y avait eu fracture ou non. La recourante a produit le rapport d'une tomodensitométrie du massif facial, pratiquée le 16 mars 2006, faisant état d'une discrète déviation de la cloison nasale vers la droite, de la présence de Concha bullosa bilatérales, légèrement plus volumineuse du côté gauche, d'une discrète hypertrophie des cornets inférieurs des deux côtés, d'un status après septoplastie avec petits fragments d'os propre manquant et aspect légèrement irrégulier de la surface cutanée en regard (cf. reconstructions). Elle a indiqué qu'elle irait se faire opérer en Allemagne car à l'hôpital cantonal elle devait attendre jusqu'au 31 août 2006 pour pouvoir être opérée.

28. Dans son rapport du 19 juin 2006, le Dr D_____ a posé un diagnostic de septo-rhinoplastie effectuée en Égypte suite à l'accident du 24 octobre 2005 (recte 2 mars 2005). Il a confirmé qu'une opération immédiate d'un nez cassé n'était pas possible et que les soins immédiats consistaient en une réduction manuelle du nez cassé ainsi qu'une prescription de médicaments contre la douleur et l'inflammation. Il a précisé que l'opération d'un nez cassé ne pouvait être envisagée qu'environ une semaine après le traumatisme et que l'intervention subie au nez d'une durée de deux heures en Égypte ne pouvait pas être en relation avec un accident dès lors que la septo-rhinoplastie n'était pas une opération urgente mais devait être planifiée.

29. Par écriture du 20 juin 2006, l'intimé n'a pas contesté que la recourante ait réellement subi un accident ayant engendré un traumatisme nasal, mais il a considéré que l'état du nez ne permettait pas de le dater exactement. Au surplus, il a confirmé ses précédentes conclusions.

30. Dans ses observations du 10 août 2006, la recourante a estimé que, sur la base de l'audition du Dr B_____, la réalité de son accident en Égypte était établie. En outre, elle a précisé que les relevés téléphoniques produits démontraient qu'elle avait appelé à de nombreuses reprises la Help-line de l'assurance alors qu'elle se trouvait en Égypte et que l'intimé avait délibérément refusé de lui rendre visite, dès lors qu'elle avait eu connaissance de l'hospitalisation d'urgence et de sa demande de rencontrer un médecin de l'assurance. Elle a estimé que l'existence d'un accident et ses conséquences directes ainsi que les soins qui s'imposaient auraient été directement déterminables si l'assurance avait fait preuve d'un minimum d'attention et de diligence en effectuant d'emblée les enquêtes nécessaires. Par ailleurs, elle a indiqué qu'il s'agissait de sa première opération du nez et qu'elle ne disposait pas des connaissances médicales lui permettant de déterminer si cette intervention était nécessaire, utile ou non. Enfin, elle a persisté dans les conclusions de sa réplique.

31. Le 14 août 2006, le Tribunal a transmis cette écriture à l'intimé et a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée à a institué, dès le 1er 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. 56 V 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   En l'espèce, le présent recours concerne la prise en charge d'une intervention chirurgicale pratiquée en mars 2005, soit postérieurement à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, cette dernière s'applique au présent litige. Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

   Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Étant donné que la décision sur opposition a été reçue par la recourante le 18 octobre 2005 et que le

délai de recours ne commence à courir que le lendemain (art. 38 al. 1 LPGA), le recours du 14 novembre 2005 a été formé en temps utile. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, il est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

5. Le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre à des prestations de la part de l'intimé relatives à l'intervention pratiquée à l'étranger à la suite de l'accident survenu le 2 mars 2005.

6. L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al. 1 LAMal). L'assurance-maladie sociale alloue également des prestations en cas d'accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (art. 1a al. 2 let. b LAMal). Dans ce cas, l'assureur-maladie prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie (art. 28 LAMal).

7. a) Selon la jurisprudence, celui qui prétend des prestations d'assurance doit apporter la preuve de l'existence d'un accident (ATFA non publiés du 19 octobre 2006, U 379/06, consid. 2 et du 13 juin 2006, U 354/05, consid. 4.1).

   b) En ce qui concerne la preuve, 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 (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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) Lorsque l'accident est survenu en l'absence de témoins, l'administration ne saurait subordonner la reconnaissance du cas à la condition que l'intéressé apporte des preuves strictes de toutes les circonstances de temps et de lieu qui ont accompagné l'événement allégué. L'assuré serait souvent, en effet, dans l'impossibilité de le faire. Mais l'assurance ne peut pas non plus être astreinte à accepter sans condition les dires du requérant. Elle est en droit d'exiger de ce dernier qu'il donne de ces circonstances une version plausible. S'il ne le fait pas, s'il fournit des explications inexactes ou contradictoires, si la description de l'accident n'est pas convaincante, l'existence de celui-ci n'est pas vraisemblable, la demande de prestations manque de base et l'assurance doit refuser le cas (ATF 103 V 175 consid. a).

   d) Dans la procédure en matière d'assurance sociale, régie par le principe inquisitoire, l'obligation des parties d'apporter la preuve des faits qu'elles allèguent signifie seulement qu'à défaut, elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que lorsqu'il

est impossible, en se fondant sur l'appréciation des preuves conformément au principe inquisitoire, d'établir un état de fait qui apparaisse au moins vraisemblablement correspondre à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et la référence; SVZ/RSA 68/2000 p. 202).

8. a) Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien (al. 2 let. b). Les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques; l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal). Conformément à l'art. 34 al. 1 LAMal, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33.

   b) 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 (première phrase). Par «raison médicale», il faut entendre soit des cas d'urgence, soit des cas dans lesquels il n'y a pas en Suisse d'équivalent de la prestation à fournir (voir ATF 128 V 77 consid. 1b).

   c) D'après l'art. 36 al. 2 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 (ATFA non publié du 5 août 2003, K 65/03, consid. 2.2).

9. La recourante soutient qu'elle a été victime d'un accident de la circulation au Caire, le 2 mars 2005, qui a nécessité une intervention chirurgicale au nez et qu'elle a droit à la prise en charge par l'intimé des frais qu'elle a encourus en raison de cet accident. Pour sa part, dans sa décision sur opposition du 14 octobre 2005, l'intimé conteste implicitement l'existence d'un accident en mars 2005 et considère que le caractère médical et urgent du traitement pratiqué en Egypte n'est pas établi. En outre, dans sa duplique du 16 mars 2006, il admet que la recourante a subi un traumatisme nasal, mais antérieurement à mars 2005. Enfin, dans son écriture du

20 juin 2006, il ne nie pas que la recourante a subi un accident ayant engendré un traumatisme nasal mais que ni le lieu, ni la date de ce traumatisme ne peuvent être déterminés exactement. De plus, il conteste qu'une fracture du nez puisse entraîner une opération de deux heures.

En l'espèce, les circonstances décrites par la recourante comportent bon nombre de contradictions. En effet, dans le questionnaire d'accident, la recourante a indiqué qu'il n'y avait pas de témoin, puis, dans son opposition du 1er juin 2005, elle a exposé qu'une amie l'accompagnait lors de son accident. En outre, dans son rapport du 6 mars 2005, le Dr A1_____ a précisé que la patiente n'avait pas subi de perte de connaissance, alors que, lors de son audition par le Tribunal, le 3 mai 2006, la recourante a prétendu qu'elle avait perdu connaissance. Par ailleurs, il est étonnant que, lors d'un tel accident de la circulation ayant entraîné des lésions corporelles, l'assurée qui parle l'arabe n'ait pas demandé à la police de venir constater l'accident ou, à tout le moins, ne se soit pas enquise de l'identité et de l'adresse du conducteur du véhicule, enfin que, dans le questionnaire d'accident, elle ait indiqué qu'il n'y avait pas de tiers responsable alors qu'un automobiliste est manifestement impliqué. De plus, dans la réplique du 23 janvier 2006, la recourante a expliqué que, lors de l'accident, elle avait également eu une côte fissurée, alors que le Dr A1_____ ne fait nullement état d'une telle lésion dans son rapport de sortie, pas plus que le Dr B_____ qui a déclaré, lors de son audition par le Tribunal, que le dossier ne contenait pas d'indication relative à une lésion de côte. Dans ses observations du 10 août 2006, la recourante a mentionné que l'intervention du 2 mars 2005 constituait sa première opération du nez, alors qu'elle avait déjà subi une septo-rhinoplastie au Caire, le 25 décembre 2003, à la suite d'un accident. Il est tout aussi surprenant que l'intimé n'ait jamais pu obtenir le rapport opératoire et les radiographies effectuées le 2 mars 2005, malgré ses réitérées demandes. Quant à la question de savoir si "établissement hospitalier" a l'infrastructure nécessaire pour s'occuper de traumatisés du nez, elle peut rester non résolue, car les explications contradictoires ou inexactes de la recourante relevées ci-dessus ainsi que les incertitudes et les zones d'ombre qui subsistent ne permettent pas de tenir pour établie, ni même pour vraisemblable, l'existence d'un événement accidentel dans les circonstances décrites (cf. ATFA non publié du 13 avril 2006, K 41/05, consid. 2.6).

Bien qu'il soit regrettable qu'aucune enquête n'ait été effectuée sur place avant le retour de l'assurée à Genève, on ne voit toutefois pas comment MONDIAL ASSISTANCE aurait pu enquêter avant que l'intimé ait reçu la déclaration d'accident de la part de la recourante et, surtout, avant qu'il ait constaté des zones d'ombre dans le dossier de la recourante. En conséquence, contrairement à ce que soutient cette dernière, cet argument ne permet pas de considérer que l'intimé a violé son obligation d'instruction d'office prévue par l'art. 43 al. 1 LPGA et que, partant, la recourante ne doive pas supporter les conséquences de l'absence de preuve. Quant aux investigations médicales invoquées par l'assurée pour établir

l'existence d'un accident, elles ne sont pas pertinentes, car, les radiographies ne permettent ni de dater l'existence d'un traumatisme, mais tout au plus de conclure que la fracture est ancienne ou récente, ni de l'attribuer à un lieu géographique. Au surplus, des constatations médicales ne permettent pas à elles seules de tenir pour établie l'existence d'un événement accidentel car elles ne constituent que des indices pour admettre ou non l'existence d'un accident (cf. RAMA 1990 U 86, p. 51 consid. 2 in fine). Or, en l'occurrence, il y a trop d'éléments contradictoires et incertains pour que des constatations médicales supplémentaires puissent rendre l'existence d'un accident vraisemblable.

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

En définitive, étant donné que l'instruction ne permet pas de tenir un accident pour établi ou du moins pour vraisemblable (la simple possibilité ne suffit pas), il convient de constater l'absence de preuves ou d'indices pertinents et, par conséquent, l'inexistence juridique de l'accident (ATF 103 V 175 consid. a).

10. Au surplus, selon l'art. 36 al. 2 OAMal, les traitements prodigués à l'assuré ne sont pris en charge par l'assurance qu'en cas d'urgence, à savoir lorsque des soins médicaux doivent être administrés sans tarder et qu'il n'est pas possible ou pas approprié d'imposer à l'assuré de retourner dans son lieu de domicile pour les recevoir (cf. ATFA non publié du 14 octobre 2002, K 128/01, consid. 4.1).

    En l'espèce, on doit constater que le traitement litigieux ne remplit pas la condition de l'urgence. En effet, selon le rapport convaincant du Dr D_____ du 19 juin 2006, l'opération d'un nez cassé ne peut être envisagée qu'après un délai d'une semaine et une septo-rhinoplastie n'est pas une opération urgente, mais doit être planifiée. De plus, le rapport et l'attestation émanant des médecins qui ont soigné la recourante en Egypte ne font aucune mention d'une situation d'urgence telle que la nécessité d'opérer en urgence, mais seulement d'un sévère saignement du nez ce qui ne paraît manifestement pas suffisant pour admettre l'existence d'un cas d'urgence. Enfin, aucune pièce n'atteste que la patiente n'eût pas pu revenir en Suisse avec son

billet d'avion originel qui prévoyait un retour le 6 mars 2005, soit à une date qui lui aurait permis de se faire opérer du nez en Suisse dans le délai préconisé par le corps médical. En conséquence, pour cette raison également, le recours doit être rejeté.

11. Compte tenu de ce qui précède, le recours s’avère mal fondé.

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. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière — La Présidente :

Sylvie CHAMOUX — Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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