REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4460/2006 **ATAS/852/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 16 août 2007

En la cause

Monsieur D_____, domicilié , MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eduardo REDONDO	recourant

contre

KPT/CPT ASSURANCE, sise Tellstrasse 18, BERNE	intimée

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Bertrand REICH et BULLIARD MANGILI Christine , Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur D_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967 et de nationalité camerounaise, a été affilié auprès de la KPT/CPT Caisse-maladie (ci-après : CPT) du 1er janvier 1996 au 31 décembre 2003 pour l'assurance obligatoire des soins.

2. La CPT a remboursé à l'assuré divers frais de traitement, d'une part le 11 mai 2000, à raison de 5'526 fr. 60 pour la période du 31 janvier au 22 février 2000, d'autre part le 19 juillet 2001, un montant de 3'738 fr. pour traitement du 2 au 14 avril 2001 ainsi qu'un montant de 3'819 fr. 10 pour traitement du 27 avril au 10 mai 2001.

3. Le 10 juin 2002, la CPT a remboursé à l'assuré, d'une part, une facture du 7 avril 2002 d'un montant de 1'381'000 fr. CFA pour la période du 25 mars au 7 avril 2002 et, d'autre part, une facture du 27 avril 2002 d'un montant de 1'667'500 fr. CFA pour la période du 15 au 27 avril 2002 émises toutes les deux par la Fondation Santé-Espoir à Douala (Cameroun) et relatives à des consultations, médicaments, frais de laboratoire et de radiographies, hospitalisations, frais divers et de nourriture ainsi que honoraires de médecin, étant précisé que le dernier traitement concernait une typhoïde et une pneumonie.

4. Le 7 janvier 2003, la CPT a remboursé à l'assuré, d'une part, une facture du 5 novembre 2002 d'un montant de 1'521'000 fr. CFA pour la période du 24 octobre au 5 novembre 2002 relative à un syndrome infectieux et, d'autre part, une facture du 25 novembre 2002 d'un montant de 1'451'000 fr. CFA pour la période du 15 au 25 novembre 2002 relative à une pneumonie, émises toutes les deux par la Fondation Santé-Espoir pour les mêmes prestations que précédemment.

5. A fin avril 2003, l'assuré a transmis à la CPT deux nouvelles factures émises par la Fondation Espace Santé à Douala, l'une du 14 mars 2003 d'un montant de 2'762'250 fr. CFA pour soins du 24 février au 14 mars 2003 relative à une septicémie, l'autre du 5 avril 2003 d'un montant de 1'931'000 fr. CFA pour soins du 24 mars au 5 avril 2003 concernant une broncho-pneumopathie, étant précisé que les deux factures concernaient les mêmes prestations que précédemment.

6. Le 25 avril 2003, l'assuré a rempli le questionnaire pour hospitalisation à l'étranger que lui avait adressé la CPT et a indiqué que ses séjours à l'étranger en 2003 concernaient des vacances et des contraintes familiales suite au décès de sa mère le 29 octobre 2003. Il a précisé que les premiers symptômes avaient débuté le 19 février 2003 du retour d'un voyage à l'ouest du Cameroun qui est une région poussiéreuse.

7. Sur demande de renseignements complémentaires de la part de la CPT, le Dr A_____, généraliste a répondu, le 26 mai 2003, qu'il n'avait pas revu le

patient depuis le 9 juillet 2002 et qu'il n'était donc pas au courant de ces hospitalisations.

8. Le 16 juin 2003, la CPT a demandé à l'assuré de transmettre à son médecin-conseil le résultat des analyses et des radiographies effectuées durant la période du 24 février au 5 avril 2003.

9. Par courrier du 17 juin 2003, l'assuré a répondu que le médecin-conseil de la caisse-maladie n'était pas son médecin traitant et que les résultats des examens de laboratoire ainsi que les radiographies étaient entièrement couverts par le secret médical.

10. Par courriel du 14 juillet 2003, la CPT a informé le Consulat suisse de Yaoundé que le montant des factures ainsi que la fréquence des traitements lui paraissaient très élevés chez cet assuré raison pour laquelle elle souhaitait obtenir des éclaircissements locaux notamment quant à l'existence de l'hôpital. Dans sa réponse du 15 juillet 2003, ledit Consulat a indiqué que les vérifications étaient très limitées en raison des frais importants générés par les déplacements sur place et que tous les dossiers qui lui avaient été soumis jusqu'à présent étaient une escroquerie à l'assurance. Il a expliqué que tout document en provenance du Cameroun devait être vérifié car il existait une "industrie de l'arnaque et du faux". Puis le 21 juillet 2003, après avoir reçu une copie du dossier, le Consulat a précisé qu'il ne fallait rien payer dans ce dossier, respectivement rien rembourser, car il s'agissait d'une escroquerie pure et simple. Il a ajouté qu'il lui adressait un rapport de MEDICALL AG relatif à une affaire similaire concernant la même Fondation et le même médecin. Il a estimé qu'il n'existait rien de crédible dans les factures présentées et qu'en raison des sommes importantes en jeux, il appartenait à la caisse-maladie de décider si des recherches approfondies devaient être envisagées.

11. Le 6 août 2003, la CPT a sollicité de l'assuré la transmission, d'une part, des justificatifs de ses voyages au Cameroun de 2000 à 2003 et, d'autre part, de ses décomptes bancaires ou de cartes de crédit attestant le versement des factures d'hospitalisation. Elle a précisé que, dans l'intervalle, elle ne remboursait plus aucune facture pour traitement prodigué au Cameroun.

12. Le 7 août 2003, la CPT a demandé au Consulat suisse s'il avait également fait des recherches concernant la Fondation Espace Santé et s'il était possible d'enquêter sur place notamment pour savoir si ces fondations étaient équipées pour soigner des personnes souffrant de bronchopneumopathie, de septicémie, de pneumonie, de bronchite etc.

13. Le 13 août 2003, l'assuré a adressé à la CPT une photocopie de son passeport attestant un séjour au Cameroun du 9 décembre 1999 au 14 mars 2000, du 27 mars au 24 mai 2001, du 21 mars au 2 mai 2002, du 12 octobre au 29 novembre 2002 et du 10 février au 21 avril 2003. Il a également produit divers reçus établis à son nom et portant le sceau, d'une part, du CENTRE MEDICAL Dr B_____ à Douala

datés du 1er mars 2000 (1'842'200 fr. CFA), du 14 avril 2001 pour soins médicaux et consultation (1'614'000 fr. CFA), du 10 mai 2001 pour consultation et soins (1'649'000 fr. CFA), d'autre part, de la Fondation Santé-Espoir datés du 7 avril 2002 pour visite hospitalisation et soins médicaux (1'381'000), du 27 avril 2002 pour hospitalisation et soins (1'667'500), par ailleurs un sceau illisible datés du 5 novembre 2002 pour visite hospitalisation et soins (1'521'000 fr. CFA) et du 25 novembre 2002 pour visite hospitalisation et soins (1'451'000 fr. CFA), enfin de la Fondation Espace Santé datés du 9 mars 2003 pour frais médicaux (1'500'000 fr. CFA), du 14 mars 2003 pour frais médicaux (1'262'200 fr. CFA), du 1er avril 2003 pour frais médicaux (1'331'000 fr. CFA) et du 5 avril 2003 pour frais médicaux (600'000 fr. CFA).

14. Le 14 octobre 2003, la CPT a mandaté INTER PARTNER ASSISTANCE (ci-après : IPA) afin de déterminer si les Fondations Santé-Espoir et Espace Santé existaient réellement et, dans l'affirmative, si l'assuré avait été hospitalisé durant les périodes mentionnées et si les coûts de traitement étaient réellement aussi élevés en procédant éventuellement à une comparaison avec d'autres hôpitaux. Elle a également demandé à connaître l'équipement de ces fondations et si elles disposaient d'appareils respiratoire ainsi que radiographique et de laboratoire.

15. Par fax du 23 octobre 2003, le Consulat général de Suisse à Yaoundé a répondu que les Fondations Espace Santé et Santé-Espoir existaient réellement à Douala mais que les soins et examens effectués par ces centres de santé ne correspondaient pas aux prix. Il a précisé que, par comparaison avec les trois meilleures structures médicales de Douala, les tarifs des deux centres en question étaient exorbitants et n'étaient pas justifiés quelle que soit la pathologie diagnostiquée chez le malade. Il a précisé qu'au Cameroun les factures devaient être payées en francs CFA et a conseillé à la CPT de réclamer à l'assuré les quittances de change.

16. La CPT a procédé à des investigations complémentaires et a demandé à l'assuré, le 10 novembre 2003, de lui communiquer tant ses extraits bancaires relatifs au retrait des sommes ayant servi à payer en espèces les fondations que les quittances de change, puis, le 20 novembre 2003, de lui transmettre les radiographies faites lors de ses hospitalisations en 2003 à la Fondation Espace Santé ainsi que celles qui avaint été pratiquées en Suisse durant ces dernières années.

17. Par fax du 26 novembre 2003, IPA a communiqué à la CPT que les Fondations Espace Santé et Santé-Espoir n'existaient pas formellement à Douala, mais seulement sur papier à en-tête, car les documents présentés ne mentionnaient ni autorisation légale de ces fondations, ni autorisation administrative pour prodiguer des soins médicaux et hospitaliers, ni matricule fiscal de l'établissement. S'agissant de la Fondation Espace Santé, elle a précisé que le Dr C_____ exerçait en tant que remplaçant dans le cabinet médical du Dr D_____ (médecin à la retraite), situé dans un quartier populaire et modeste, qui n'était pas équipé de

structures d'hospitalisation ni de laboratoire d'analyses biomédicales et avait pour vocation de prodiguer des consultations médicales externes pour les patients du quartier. Elle a expliqué que les factures de ces deux fondations comportaient un certain nombre d'anomalies, notamment l'absence tant du numéro d'enregistrement fiscal que de la TVA appliquée sur certains frais, enfin que les tarifs pratiqués étaient nettement supérieurs à ceux de toutes les structures hospitalières du Cameroun et des médecins spécialisés les plus réputés ou les plus chers de sorte que la comparaison avec les tarifs des meilleurs établissements de Douala laissait apparaître une surfacturation de plus de 50 %. Elle a conclu que ces factures ne reflétaient pas la réalité et qu'elles avaient été établies au nom d'une institution inconnue et irrégulière, enfin, qu'il existait un certain nombre d'éléments concordants conduisant à penser qu'il s'agissait de faux documents établis avec ou sans la complicité du personnel de ces fondations.

18. Par fax du 20 décembre 2003 consécutif à la demande de renseignements complémentaire faite par la CPT le 28 novembre 2003, IPA a indiqué que le Dr B_____ existait bien à Douala et qu'il exerçait dans le cadre du centre médical Dr J. Simonet B_____. Elle a précisé qu'il existerait une complicité entre le personnel médical exerçant dans ces structures ainsi que l'assuré et que, compte tenu de la mission délicate, il ne lui avait pas été possible d'obtenir un quelconque rapport médical sur le patient.

19. Le 24 décembre 2003, l'assuré a transmis à la CPT le rapport de sortie du 25 novembre 2003 concernant ses hospitalisations du 24 février au 14 mars 2003 pour septicémie sur terrain de paludisme et dès le 24 mars 2003 pour infection pulmonaire. En outre, il a indiqué qu'il n'avait pas les radiographies effectuées au Cameroun car ils ne les avaient par ramenées en Suisse. De plus, il a refusé de transmettre à la CPT ses extraits bancaires.

20. Lors d'un nouveau séjour au Cameroun, l'assuré a été hospitalisé à la Fondation Espace Santé à Douala du 5 au 15 décembre 2003. Une facture lui a été remise, le 15 décembre 2003, d'un montant de 1'709'750 fr. CFA pour soins relatifs à une fièvre au long cours et concernant les mêmes prestations que précédemment. Le 29 décembre 2003, il a transmis cette facture à la CPT pour remboursement.

21. Par fax du 7 février 2004, IPA a indiqué à la CPT que les renseignements complémentaires demandés ne pouvaient être obtenus qu'en mandatant un avocat sur place ce que la CPT a accepté de faire par fax du 20 février 2004.

22. Dans un procès-verbal du 25 mars 2004, Me NGANKO, huissier de justice à Douala, a constaté que la Fondation Santé-Espoir existait réellement et qu'il s'agissait en réalité d'un petit centre de santé dont le bureau du médecin servait en même temps de pharmacie. Il a précisé que ce qui tenait lieu de salle

d'hospitalisation était minuscule de sorte que les malades étaient contraints de s'asseoir à l'extérieur sur des bancs. Il a obtenu la confirmation du Dr B_____ qu'il avait reçu l'assuré du 22 mars au 7 avril 2002, 13 jours pendant le mois d'avril 2002, du 24 octobre au 5 novembre 2002 et du 15 au 25 novembre 2002 notamment en raison de problèmes pulmonaires. Ce médecin a indiqué que tous les frais mentionnés avaient été facturés par ses soins et que les tarifs applicables variaient suivant que le malade était indigent ou salarié. Dans un autre procès-verbal du 25 mars 2004, Me NGANKO a exposé que la Fondation Espace Santé existait réellement dans les locaux abritant anciennement le cabinet médical du Dr D_____, qu'il s'agissait d'un centre de santé assez vétuste et crasseux dans lequel travaillait le Dr C_____ ainsi qu'une personne qui assurait l'accueil et qu'il n'existait pas de salle d'hospitalisation. Le Dr C_____ lui a déclaré que les hospitalisations avaient lieu dans un autre local situé dans un autre quartier et que les factures avaient été effectivement établies par la Fondation Espace Santé.

23. Dans un rapport du 2 juin 2004 établi à la demande de la CPT, le Dr A_____ a précisé que le patient l'avait consulté à diverses reprises, notamment le 20 juin 2003 pour problèmes cutanés et état grippal avec céphalées, le 9 septembre 2003 pour état fébrile sur probable virose, le 12 septembre 2003 pour vertiges probablement post-virose (labyrinthite ?), le 4 septembre 2003 pour vertiges vraisemblablement liés à une cupulolithiase, enfin le 29 décembre 2003 pour état fébrile sur foyer para-cardiaque droit.

24. Par courrier du 8 juin 2004, la CPT a communiqué à l'assuré que le contrôle des prestations facturées au Cameroun démontrait une facturation excessive d'environ 70 % raison pour laquelle elle réduisait de ce même pourcentage tant les factures déjà payées que celles nouvellement établies. Elle a fait valoir auprès de l'assuré une créance en restitution d'un montant de 14'085 fr. 80.

25. Le 21 juillet 2004, l'assuré a estimé que la CPT avait réduit la facturation des prestations fournies au Cameroun de manière arbitraire et lui a demandé de documenter cette réduction de manière détaillée ainsi que fondée. Il a précisé que même dans l'hypothèse d'une surfacturation, il n'en portait aucune responsabilité puisqu'il avait lui-même déjà réglé directement l'intégralité des factures.

26. Par courrier du 23 août 2004, la CPT lui a répondu que la comparaison entre la facturation des Fondations Santé-Espoir et Espace Santé par rapport à celle des trois meilleurs structures médicales de Douala montrait une surfacturation d'au moins 70 % qui était d'autant moins justifiée que ces fondations ne disposaient d'aucun équipement médical, ni d'aucune structure d'hospitalisation. Elle a ajouté que certains éléments du dossier soulevaient des interrogations, à savoir que ces deux fondations n'avaient aucune existence formelle, que ces cabinets médicaux étaient exigus ainsi que vétustes et n'avaient ni équipement médical, ni structure d'hospitalisation, que les factures mentionnaient de nombreuses analyses et des

radiographies alors que ces cabinets n'étaient pas équipés pour cela, que l'assuré n'avait pas voulu ou pu lui faire parvenir les radiographies demandées, que la durée des hospitalisations était de 11 à 23 jours alors que ces fondations ne disposaient pas de chambres ni de lits, enfin que certaines factures mentionnaient un prochain rendez-vous trois mois plus tard qui ne correspondait pas à la condition d'urgence prévue par la légis-lation en matière d'assurance maladie.

27. Le 15 mars 2006, l'assuré a informé la CPT qu'il avait requis l'intervention d'un huissier de justice à Douala qui avait confirmé que les montants et les barèmes appliqués dans les factures étaient corrects. Il a requis le remboursement des factures des 14 mars, 5 avril et 15 décembre 2003, subsidiairement, l'émission d'une décision formelle.

28. Par décision du 12 mai 2006, la CPT a refusé de prendre en charge les hospitalisations de l'assuré de 2000 à 2003 et lui a demandé la restitution de 26'620 fr. 40 pour les prestations déjà fournies relatives aux hospitalisations du 31 janvier 2000 au 25 novembre 2002. Elle a confirmé les arguments invoqués jusqu'ici. En outre, elle a précisé que les affections mentionnées pour justifier les hospitalisations étaient graves et que la plupart d'entre-elles nécessitaient un suivi ainsi que des contrôles en Suisse auxquels l'assuré n'avait pas procédé. Elle a ajouté que l'assuré n'avait jamais consulté son médecin traitant en Suisse pour des affections pouvant être mis en relation avec celle invoquées lors de ses séjours au Cameroun.

29. Le 13 juin 2006, l'assuré a formé opposition contre ladite décision et a réclamé à la CPT le remboursement de 15'161 fr. 60. Il a joint à son opposition un procès-verbal du 6 juin 2005 de Me EFON, huissier de justice à Douala, indiquant que le Dr Simonet B_____ avait une autorisation légale lui permettant de prodiguer des soins médicaux et qu'en tant que médecin inscrit à l'ordre médical ainsi que disposant d'une clinique, il pouvait envoyer ses malades où il voulait, qu'aucune clinique n'était équipée d'un laboratoire apte à réaliser toutes les analyses et que certains prélèvements étaient envoyés en France voire même en Suisse, que ce médecin avait communiqué son matricule fiscal, qu'enfin les tarifs variaient en fonction du confort demandé par le malade. Quant au Dr C_____, il a exposé qu'il s'agissait d'un médecin régulièrement inscrit à l'ordre national ce qui lui donnait le droit de prodiguer des soins à tous les malades qui le consultaient, qu'il avait une autorisation administrative pour l'hospitalisation des malades, enfin, que ce médecin n'avait pas voulu donner d'information concernant son matricule fiscal pour le motif que l'assurance ne faisait pas de fiscalité. Dans le procès-verbal du 22 juin 2005, Me EFON a obtenu de la polyclinique de "établissement hospitalier" à Douala, d'une part, la grille des prix d'hospitalisation, d'autre part, la précision que les prix d'hospitalisation variaient de 12'500 fr. CFA à 95'000 fr. CFA et que son laboratoire recevait tous les examens mais que certains prélèvements étaient envoyés à l'étranger dans des laboratoires sophistiqués.

30. Par décision sur opposition du 25 octobre 2006, la CPT a rejeté l'opposition. Au sujet des tarifs appliqués par les deux fondations, elle a exposé que, selon les factures présentées par l'opposant, il aurait payé 40'000 fr. CFA par jour pour l'hospitalisation, 30'000 fr. CFA par jour pour l'alimentation, entre 20'000 et 25'000 fr. CFA pour les consultations médicales. Par comparaison avec les tarifs de "établissement hospitalier" de Douala ainsi que de la polyclinique Maimonide et au regard de l'équipement des Fondations Espace Santé ainsi que Santé-Espoir, elle a considéré que ses affirmations de tarifs exorbitants et ne reflétant pas la réalité ne pouvaient être qualifiées ni de fausses, ni d'arbitraires. Elle a relevé que les constats d'huissier présentés par l'assuré ne se prononçaient nullement sur la qualité des établissements concernés et que les pièces produites par l'opposant ne suffisaient pas à mettre en doute les constatations faites sur place quant au standing des deux fondations. Elle a estimé que, compte tenu des circonstances, il était possible mais nullement établi ou du moins rendu vraisemblable que l'assuré avait bel et bien été hospitalisé au Cameroun pour les différents séjours et qu'il appartenait à l'assuré de supporter les conséquences de l'absence de preuve. Elle a estimé que les frais d'investigation au Cameroun d'un montant de 2'006 fr. devaient être mis à la charge de l'assuré.
31. Par acte du 27 novembre 2006, l'assuré a recouru auprès du Tribunal de céans contre ladite décision sur opposition. Il a conclu à l'octroi d'un montant de 15'161 fr. 60 avec intérêts à 5 % l'an à compter du 1er janvier 2004 pour les hospitalisations au Cameroun. Il a exposé qu'il avait été hospitalisé à la Fondation Espace Santé et non dans un cabinet médical, fondation qui disposait de structures adéquates pour l'hospitalisation et qui pratiquait un tarif dûment affiché. Il a relevé qu'il avait requis la mise en œuvre de mesures d'instruction sur place par le Consulat suisse mais que l'intimée s'était opposée à une telle démarche. Il a estimé que les pièces qu'il avait produites, notamment le constat d'huissier, suffisaient à démontrer la réalité des traitements ainsi que leur coût en se référant au tarif officiel pratiqué par la polyclinique de "établissement hospitalier" et il a considéré que les tarifs appliqués dans les factures litigieuses n'étaient pas abusifs ou hors de la réalité, enfin que, par référence au tarif des produits LABOREX, il en allait de même du coût des médicaments. Il a soutenu qu'en raison de l'urgence des diverses hospitalisations, il ne pouvait pas lui être reproché de s'être adressé à un hôpital plus coûteux ou moins coûteux qu'un autre tout en admettant qu'il n'était pas exclu que les traitements pratiqués dans son cas n'aient pas été les plus économiques. Il a relevé que l'intimé aurait dû présenter de telles observations déjà lors des premières hospitalisations sans attendre la septième hospitalisation. Par ailleurs, il a invoqué la prescription de la demande en restitution des prestations indûment touchées au regard de l'écoulement de plus d'une année depuis le 8 juin 2004, date à laquelle l'intimée avait été informée de son prétendu droit. Il a demandé que le Consulat suisse à Yaoundé soit mandaté pour déterminer si les tarifs appliqués par les médecins correspondaient à ceux officiellement affichés pour apprécier les structures médicales dans lesquelles il avait été hospitalisé et les examens qui

avaient été pratiqués. Enfin, il a sollicité la production des rapports établis par IPA et son audition par le Tribunal.

32. Dans sa réponse du 25 janvier 2007, l'intimée a conclu au rejet du recours, à la confirmation du refus de prise en charge des hospitalisations au Cameroun du 31 janvier 2000 au 15 décembre 2003, à la condamnation du recourant au remboursement des prestations déjà fournies, à savoir 26'620 fr. 40 pour les hospitalisations du 31 janvier 2000 au 25 novembre 2002, enfin à la condamnation du recourant au paiement des frais d'investigation au Cameroun à raison de 2'006 fr. A l'appui de ses conclusions, elle a repris les mêmes arguments que dans sa décision sur opposition. En outre, elle a précisé que, même si la polyclinique "établissement hospitalier" prévoyait des tarifs allant jusqu'à 85'000 fr. CFA pour les chambres privées individuelles, l'assuré n'avait pas droit au remboursement de prestations de luxe et qu'il était impensable qu'il ait pu bénéficier de prestations hospitalières d'un tel standing lors de son hospitalisation aux Fondations Espace Santé et Santé-Espoir. Elle a estimé que de tels écarts dans l'application des tarifs supposaient forcément une entente avec les médecins concernés dès lors que le recourant était lui-même de nationalité camerounaise. Elle a relevé qu'il était difficilement compréhensible qu'atteint de graves affections, le recourant n'ait pas été transféré dans une structure mieux équipée et qu'il se soit rendu chaque fois dans les mêmes cabinets pour ainsi dire insalubres. Elle a mentionné que, selon son médecin-conseil, il était extrêmement peu crédible qu'à chaque séjour au Cameroun le recourant ait été victime d'infections graves notamment des voies respiratoires et que s'il était particulièrement sujet et sensible à de telles affections de façon si fréquente, rien ne justifiait que ce fût le cas uniquement au Cameroun. Elle a nié s'être opposée à la mise en œuvre d'investigations auprès du Consulat suisse à Yaoundé et a rappelé qu'elle avait demandé à ce dernier, en juillet 2003, de procéder à des enquêtes sur place. Elle a contesté que le délai de prescription fût atteint en invoquant l'application du délai de prescription de l'action pénale de 10 ans dès lors que l'escroquerie était passible de la réclusion.

33. Le Tribunal a procédé à l'audition des parties le 10 avril 2007. Au cours de cette audience, l'intimée a formé une demande reconventionnelle tant pour la restitution de la somme de 14'085 fr. 80 que pour les frais d'investigation au Cameroun de 2006 fr. Elle a admis que les reçus figurant au dossier totalisaient bien le coût des hospitalisations litigieuses mais elle en a contesté la validité.

Lors de son audition, le recourant a déclaré : (…) D'une part sur les barèmes j'explique que les tarifs de la clinique où j'ai été hospitalisé étaient exponentiels et ce qui m'a été facturé correspond à peu près au milieu du tarif. Le tarif de l'hôpital principal est bien plus élevé d'ailleurs. D'autre part mon médecin traitant a eu l'occasion de faire une radiographie de contrôle à mon retour, il est donc faux (de dire qu') il n'a pas eu connaissance de mes problèmes de santé. Troisièmement s'il est exact que j'ai égaré les radiographies, j'ai en revanche produit le résultat des

examens qui ont été effectués sur place. Sur cette question, j'indique que les examens ont été effectués dans des laboratoires et non dans la clinique, comme cela se passe régulièrement en Suisse également. Les rapports des examens ne portent d'ailleurs pas l'en-tête de la clinique. Enfin, je suis camerounais je connais donc bien le service de santé de mon pays c'est consciemment que j'ai été dans cette clinique plutôt que dans l'un des grands hôpitaux qui sont surtout là pour la façade. S'agissant du rapport d'enquête d'INTER PARTENAIRES, je constate qu'il provient de personnes ne connaissant pas du tout mon pays. L'un des médecins mis en cause souhaitait d'ailleurs pouvoir agir contre l'un de ces rédacteurs, en vain, car son nom ne m'a jamais été communiqué."

Sur quoi, le Tribunal a ordonné l'ouverture des enquêtes avec l'audition du médecin traitant (de l'époque) du recourant, le Dr A_____, ainsi que la production par la caisse des analyses médicales accompagnées d'un avis de son médecin-conseil sur la corrélation de celles-ci et les diagnostics posés.

34. Le 25 avril 2007, l'intimée a communiqué au Tribunal les résultats des analyses effectuées au cours des séjours du recourant ainsi que la prise de position à ce sujet du Dr E_____, son médecin-conseil. Dans son rapport du 24 avril 2007, ledit médecin a relevé que, pour l'hospitalisation du 24 février au 14 mars 2003, la mention de salmonelles était absolument insuffisante car le traitement était très différent selon le type de salmonelles. Il a précisé que la salmonelle typhoïde était dangereuse au contraire des autres et que le typhus abdominal était caractérisé par une diminution ainsi qu'une réduction de certains globules qui n'étaient pas présentes dans les examens de laboratoire. Quant à l'hospitalisation du 24 mars au 5 avril 2003, il a estimé qu'il manquait un contrôle radiographique et que l'hémogramme ne révélait aucune augmentation de certains globules. Au sujet de l'hospitalisation du 5 au 15 décembre 2003, il a expliqué que l'existence de la malaria était connue dès le deuxième jour d'hospitalisation de sorte que les autres examens étaient douteux. En outre, il a estimé que la thérapie était incorrecte, trop risquée et très chère. Il a conclu que, dans les trois cas, les antibiotiques prescrits ne convenaient pas pour les salmonelles ou la malaria et qu'il était très douteux que de tels médicaments soient donnés dans un hôpital.

35. Le 22 mai 2007, le Tribunal a entendu le Dr A_____ qui a déclaré : " J'ai effectivement fait une radiographie de contrôle le 29.12.2003. Ce jour-là, M. D_____ m'a consulté pour une toux, un état fiévreux et de (la) fatigue. La radiographie a montré un probable foyer de pneumonie à droite, que j'ai soigné au moyen d'un antibiotique klacid. J'ai revu le patient le 6 janvier 2004, il était asymptomatique. Il y avait également eu un laboratoire le 29.12.2003, une prise de sang qui excluait la malaria et la formule sanguine était en l'occurrence normale. Sur question, j'indique que la 3ème hospitalisation était due à la malaria, mais que je ne peux confirmer que le recourant en souffrait encore à son retour, d'ailleurs l'examen sanguin l'excluait. La première hospitalisation était due à une septicémie.

A la lecture des documents que vous m'avez remis, l'hémoculture effectuée le 27 février 2003 (annexe 79b) montre la présence de germes, salmonella sans typisation. Cela correspond à une salmonellose, sans autres examens on ne peut dire de quelle forme il s'agit. Pour le traitement du patient, c'est son état qui le décide".

Pour sa part, le Dr E_____, médecin-conseil de l'intimée, a précisé que l'examen de biochimie sanguine du 26 février 2003 était normal et qu'on pouvait exclure qu'il se soit agi d'une fièvre typhoïde. Il a estimé que le traitement de long terme appliqué au recourant lors de la première hospitalisation n'était ni efficace, ni économique.

Le Dr A_____ a encore déclaré que : "La deuxième hospitalisation était due à une broncho-pneumopathie. L'hémogramme était quasi normal ce qui démontre une affection peu grave. L'hospitalisation a toutefois duré du 24 mars au 5 avril, je ne m'explique pas cette durée. Il n'y a qu'une radiographie qui pourrait en dire plus. En Suisse cela aurait probablement été traité ambulatoirement. Le choix de l'antibiotique est également discutable. Il n'y a pas non plus eu de contrôle pour vérifier si le malade était guéri. De mon point de vue, la prise en charge a été très mauvaise, même si j'admets que les pratiques en Afrique peuvent différer des nôtres sans les connaître."

36. A la suite de cette audition, les parties ont procédé à un échange de vue et l'intimée a rectifié sa demande reconventionnelle en réclamant le remboursement d'un montant de 24'847 fr. 45. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (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.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Le présent recours concerne la prise en charge de trois hospitalisations en 2003 et la restitution des frais d'hospitalisation prétendument payés à tort du 31 janvier 2000 au 25 novembre 2002.

   Les hospitalisations de 2003 sont postérieures à l'entrée en vigueur de la LPGA de sorte que celle-ci est applicable (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid.

1.2). Quant à la question de la restitution, selon le Tribunal fédéral des assurances, dans les travaux préparatoires de la LPGA, l'art. 25 LPGA (alors art. 32 du projet) relatif à la restitution des prestations indûment touchées est spécialement mentionné comme exemple d'une disposition qui ne serait pas applicable à des prestations déjà versées avant l'entrée en vigueur de la loi (FF 1991 II p. 266 ss). En revanche, selon KIESER (ATSG-Kommentar, note 9 ad art. 82), dans la mesure où la question de la restitution se pose après le 1er janvier 2003, le nouveau droit est applicable dès lors qu'il est statué sur la restitution après son entrée en vigueur et quand bien même la restitution porte sur des prestations accordées antérieurement. La question du droit pertinent ratione temporis ne revêt toutefois pas une importance décisive en l'occurrence du moment que les principes applicables à la restitution selon la LPGA sont issus de la réglementation et de la jurisprudence antérieures (ATFA non publié du 26 novembre 2004, P 2/04 consid. 3.1). En effet, 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).

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision sur opposition du 25 octobre 2006 a été reçue par le recourant au plus tôt le lendemain et le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la réception de sorte qu'il est arrivé à échéance le samedi 25 novembre 2006 (art. 38 al. 1 LPGA) qui doit encore être reportée au premier jour utile (cf. art. 38 al. 3 LPGA; art. 17 al. 3 en liaison avec les art. 1er et 6 al. 1 let. b LPA), ce qui amène au lundi 27 novembre 2006. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé le 27 novembre 2006 est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

4. Le litige porte sur la prise en charge de trois hospitalisations du recourant en 2003 au Cameroun et sur la restitution des frais que lui a remboursés l'intimée pour les hospitalisations intervenues dans les mêmes conditions de 2000 à 2002.

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. Il peut limiter la prise en charge des coûts des prestations fournies à l'étranger. 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).

   Selon l'art. 36 al. 2 OAMal (fondé sur la délégation de compétence de l'art. 34 al. 2 LAMal), 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). Même dans les cas où un retour en Suisse est inapproprié - ce qui correspond à un cas d'urgence selon l'art. 36 al. 2 OAMal - la prise en charge du traitement à l'étranger reste soumise aux limites de l'art. 36 al. 4 OAMal et il y a lieu de s'assurer que les critères d'efficacité et d'économicité sont également pris en compte (ATF 128 V 75 consid. 4 b).

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

   Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 146 consid. 5; RAMA 2004 n° KV 272 p. 111 consid. 3.1.2).

7. 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).

   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. L'intimée prétend que l'hospitalisation de l'assuré au Cameroun pour les dix séjours faisant l'objet du présent litige n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante alors que le recourant soutient qu'il a été réellement hospitalisé à la Fondation Espace Santé en 2003 et non dans un cabinet médical, que les tarifs

appliqués ne sont ni abusifs, ni hors de la réalité, mais correspondent au barème des prix officiels.

Au sujet des trois factures impayées par l'intimée, elles concernent des frais de prise en charge, hospitalisation, laboratoire et soins facturés par la Fondation Espace Santé pour les périodes du 24 février au 14 mars 2003 (facture du 14 mars 2003) en raison d'une septicémie, du 24 mars au 5 avril 2003 (facture du 5 avril 2003) en rapport avec une bronchopneumopathie, du 5 au 15 décembre 2003 (facture du 15 décembre 2003) en relation avec une fièvre au long cours.

Le passeport du recourant atteste qu'il a séjourné à Douala du 10 février au 21 avril 2003. De plus, tant les reçus de mars 2003 que d'avril 2003 établis au nom de l'assuré et munis du sceau de la Fondation Espace Santé à Douala établissent le paiement des deux premières factures. Par ailleurs, le rapport de sortie de la Fondation Espace Santé du 25 novembre 2003 renseigne sur les séjours du 24 février au 14 mars 2003 ainsi que dès le 24 mars 2003. Il conclut à une septicémie sur terrain de paludisme pour la première hospitalisation et à une infection pulmonaire pour la seconde hospitalisation. Il existe également les résultats des analyses médicales établies au nom du recourant et effectuées par le Centre d'analyses médicales de Douala les 26 et 27 février 2003, 24 et 25 mars 2003 ainsi que 6 et 10 décembre 2003 sur demande du Dr F_____, soit pendant les périodes d'hospitalisation.
Même s'il y a unanimité entre le médecin-conseil de l'intimée et le médecin traitant pour admettre que la prise en charge a été très mauvaise lors de l'hospitalisation du 24 mars au 5 avril 2003 (choix de l'antibiotique discutable, absence de contrôle pour vérifier si le malade état guéri, absence de nécessité d'hospitalisation, examens inutiles), le Dr A_____ a toutefois reconnu que les pratiques médicales en Afrique pouvaient différer de celles existant en Suisse.

En définitive, l'existence de résultats d'analyses sanguines durant les trois périodes d'hospitalisation ne permet pas de douter de la réalité des trois hospitalisations du recourant en 2003. En effet, même s'il fallait suivre la thèse de l'intimée à savoir que tant les factures de la Fondation Espace Santé que les reçus de paiement munis du sceau de cette fondation sont faux, il faudrait un réseau de complicité à large échelle pour que les résultats d'analyses sanguines soient également des faux puisque ces analyses ont toutes été exécutées par le centre d'analyses médicales de Douala du Département biologique. D'ailleurs, l'intimée ne le prétend pas, ni son médecin-conseil. Au demeurant, tous les comptes-rendus d'examens immuno-diagnostics comportent un numéro de contribuable et d'autres indications officielles ce qui, si l'on reprend les arguments de l'intimée, sont des garants de l'authenticité de ces rapports d'examen. Etant donné que la réalité des analyses sanguines n'est pas contestable et que, selon le Dr A_____, la radiographie de contrôle effectuée le 29 décembre 2003 a révélé un probable foyer de pneumonie à droite, il n'est pas seulement possible, mais vraisemblable que le recourant a souffert de

salmonelles, de fièvre et de pneumonie durant ses séjours au Cameroun durant l'année 2003, respectivement qu'il a été hospitalisé en raison de ces troubles. De plus, dans son rapport du 2 juin 2004, le médecin traitant a indiqué que le recourant l'avait consulté le 20 juin 2003 en raison d'un état grippal, puis le 9 septembre 2003 à cause d'un état fébrile sur probable virose et le 29 décembre 2003 à la suite d'un état fébrile sur foyer paracardiaque ce qui démontre que si le recourant a souffert en Suisse à diverses reprises de poussées fiévreuses durant l'année 2003, il est d'autant plus vraisemblable que cela ait été également le cas au Cameroun. Enfin, il est peu vraisemblable que le recourant ait pris le risque de frauder son assurance-maladie en décembre 2003, alors que celle-ci l'avait averti au mois d'août de la même année qu'elle ne remboursait plus aucune facture pour traitement prodigué au Cameroun.

Ainsi que le relève le Dr A_____, avec à propos, la médecine n'est pas exercée de la même façon en Suisse qu'au Cameroun et l'indication à une hospitalisation en Afrique doit également tenir compte du niveau local d'hygiène. Le fait que la broncho-pneumopathie n'était pas grave selon les examens de laboratoires et qu'en Suisse les soins auraient été donnés ambulatoirement ne signifie pas encore que, selon les critères locaux, l'hospitalisation n'était pas justifiée. Par ailleurs, d'après les indications données par le Dr B_____ à Me EFON, lorsqu'un médecin est inscrit à l'ordre des médecins et possède une clinique, il peut hospitaliser les malades où il veut de sorte que l'argument de l'intimée, selon lequel, la Fondation Espace Santé ne dispose pas de structure d'hospitalisation n'est pas probant pour refuser la prise en charge des trois factures d'hospitalisation en 2003. De plus, selon les déclarations faites par le Dr F_____ à Me NGANKO, le recourant n'a pas été hospitalisé dans les locaux de la Fondation Espace Santé du quartier New-Bel, mais dans ceux du quartier Ndogbong sans que l'huissier de justice se soit rendu dans ces autres locaux et ait constaté qu'ils n'accueillaient pas de structure d'hospitalisation. Faute d'une telle preuve, l'intimée n'est pas en mesure d'établir que le recourant n'a pas été hospitalisé à trois reprises en 2003 à Douala.
Par conséquent, les hospitalisations du recourant à la Fondation Espace Santé du 24 février au 14 mars 2003, du 24 mars au 5 avril 2003 et du 5 au 15 décembre 2003 sont établies avec un degré de vraisemblance suffisant pour que l'intimée soit tenue de les prendre en charge, étant précisé que la question de l'urgence n'est pas sérieusement contestée par la caisse-maladie et n'est pas contestable au regard des troubles diagnostiqués et du niveau local d'hygiène. En effet, l'argument qu'une des factures mentionnait un prochain rendez-vous trois mois plus tard ne concerne pas l'urgence de l'hospitalisation, mais celle du rendez-vous subséquent qui n'a, toutefois, pas eu lieu au Cameroun de sorte que l'intimée ne peut rien retirer de cet argument.

Quant aux hospitalisations de 2000 à 2002 déjà remboursées au recourant par l'intimée, cette dernière prétend également que les factures de la Fondation Santé-Espoir sont des faux de sorte que c'est à tort qu'elle a pris en charge ces

hospitalisations. Etant donné que le Dr B_____ a une autorisation d'exercer la médecine, qu'il a communiqué son matricule fiscal et qu'il a confirmé qu'il avait soigné le recourant en 2002, notamment pour des problèmes pulmonaires, l'intimée n'a pas rendu vraisemblable que l'hospitalisation de 2002 était fictive. De plus, elle s'est bornée à prétendre que la Fondation Santé-Espoir ne disposait pas de structures d'hospitalisation sans chercher à savoir si, comme dans le cas de la Fondation Espace Santé, les patients étaient hospitalisés dans d'autres locaux situés dans un autre quartier. En conséquence, il n'est pas établi que l'intimée a pris en charge à tort l'hospitalisation de 2002 pas plus que celles de 2000 et 2001 dans le même établissement.

9. Il convient encore d'examiner si les Fondations Espace Santé et Santé-Espoir ont procédé à une surfacturation.

L'intimée conteste les tarifs appliqués par la Fondation Espace Santé, à savoir 40'000 fr. CFA (100 fr.) par jour pour la chambre, 30'000 fr. CFA (75 fr.) par jour pour les repas, enfin, entre 20'000 et 25'000 fr. CFA (50 fr. / 62 fr. 50) par consultation médicale.

L'Hôpital général de Douala tarifie la chambre à un lit à 29'750 fr. CFA par jour d'hospitalisation, les prestations hôtelières à 4'500 fr. CFA par jour et la consultation spécialisée à 7'000 fr. CFA. La polyclinique "établissement hospitalier" facture la chambre individuelle à 25'000 fr. CFA par jour, la consultation par un généraliste à 6'000 fr. CFA et celle par un spécialiste à 10'000 fr. CFA étant précisé que les prestations hôtelières sont incluses dans le prix de la chambre.
Au regard de ces divers chiffres, il ressort que, pour les dix jours d'hospitalisation en décembre 2003 auprès de la Fondation Espace Santé avec cinq visites spécialisées se sont élevés à 825'000 fr. CFA (2'062 fr. 50) alors que "établissement hospitalier" de Douala aurait facturé 377'500 fr. CFA (943 fr. 75) et la polyclinique "établissement hospitalier" 300'000 fr. CFA (750 fr.). Par conséquent, il est établi que les tarifs appliqués par la Fondation Espace Santé représentent environ le double de ceux de "établissement hospitalier" de Douala, respectivement le triple de ceux de la polyclinique "établissement hospitalier" et ne remplissent donc pas le critère d'économicité requis par l'art. 32 al. 1 LAMal puisque les mêmes prestations pouvaient être fournies au même endroit à un prix nettement inférieur. Il y a lieu de prendre comme critère de référence, les tarifs de "établissement hospitalier" de Douala qui sont plus adaptés au cas du recourant dans la mesure où cet hôpital applique les mêmes principes de facturation que la Fondation Espace Santé.

Contrairement à ce que soutient le recourant, selon la jurisprudence (ATF 128 V 75 consid. 4 b), le principe d'économie du traitement s'applique également en cas de traitement d'urgence à l'étranger. Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre assureurs et fournisseurs de soins et est également opposable à

l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 127 V 46 consid. 2b; ATFA non publié du 9 juillet 2001, K 139/00, consid. 5b).

En conséquence, pour les trois factures de 2003, en vertu du principe de l'économie de traitement, l'intimée n'est tenue de rembourser au recourant que la moitié des montants qui ont été facturés par la Fondation Espace Santé, à savoir pour la facture du 14 mars 2003, 1'381'185 fr. CFA (3'270 fr. 50), pour celle du 5 avril 2003, 965'500 fr. CFA (2'286 fr. 25) et enfin, pour celle du 15 décembre 2003, 854'875 fr. CFA (2'024 fr.05).

Quant à la facture de la Fondation Santé-Espoir du 25 novembre 2002, les 11 jours d'hospitalisation se sont élevés à 440'000 fr. CFA, les 11 jours de prestations hôtelières à 300'000 fr. CFA, soit au total 740'000 fr. CFA (1'793 fr. 25), alors qu'à "établissement hospitalier" de Douala, ces prestations auraient été facturées 376'750 fr. CFA (913 fr.) et à la polyclinique "établissement hospitalier" 275'000 fr. CFA (666 fr. 40) ce qui, en prenant le tarif de référence de "établissement hospitalier" de Douala, correspond également à la moitié des prix appliqués par la Fondation Santé-Espoir. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimée prétend que les prix facturés par lesdites fondations sont abusifs mais à raison de 50 % seulement et non pas de 70 %.

10. Il reste à examiner si, pour les factures de la Fondation Santé-Espoir déjà remboursées au recourant pour les hospitalisations de 2000 à 2002, l'intimée doit demander la restitution de prestations à l'assuré ou au fournisseur de soins.

Selon l'art. 42 al. 1 LAMal, sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant).

L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'art. 56 al. 1 LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Les assureurs-maladie sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses; elles y sont d'ailleurs obligées, dès lors qu'elles sont tenues de veiller au respect du principe de l'économie du traitement (ATF 127 V 46 consid. 2b). Le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort au sens de la présente loi (art. 56 al. 2 LAMal). D'après la lettre a de cet alinéa, ont qualité pour demander la restitution l'assuré ou, conformément à l'article 89, 3e alinéa, l'assureur dans le système du tiers garant (art. 42, 1er al.).

Le Message du Conseil fédéral relatif à l'art. 56 al. 2 let. a LAMal (FF 1992 I 171 et 260) n'apporte pas de précision quant à la qualité alternative (assuré ou assureur)

pour demander la restitution. Toutefois, le texte même de l'art 56 al. 2 let. a LAMal prévoit que l'assureur a la qualité pour demander la restitution en rapport avec l'art. 89 al. 3 LAMal à savoir en cas de litiges jugés par un tribunal arbitral.

Ni la LAMal, ni ses dispositions d'exécution ne définissent précisément ce qu'il faut entendre par litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations. Comme sous le régime de la LAMA (art. 25 al. 1 LAMA), la notion de litige doit être entendue dans un sens large (ATF 111 V 346 s. consid. 1b et les références). Il est nécessaire, cependant, que soient en cause des rapports juridiques qui résultent de la LAMal ou qui ont été établis en vertu de cette loi. Le litige doit concerner la position particulière de l'assureur ou du fournisseur de prestations dans le cadre de la LAMal. Si ces conditions ne sont pas réalisées, le litige relève de la compétence du juge civil (ATF 131 V 193 consid. 2 et les références citées).

En l'espèce, il n'existe aucune convention entre l'intimée et la Fondation Santé-Espoir de sorte qu'en application de l'art. 42 al. 1 LAMal, le recourant est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations (système du tiers garant). Par ailleurs, la Fondation Santé-Espoir n'émarge pas au système de santé suisse raison pour laquelle il n'y a pas de litige entre assureur et fournisseur de prestations, partant la qualité pour demander la restitution n'appartient pas à l'assureur, mais uniquement à l'assuré. En effet, les honoraires en cause sont exclusivement régis par les dispositions sur le contrat de mandat (ATF 116 V 123 consid. 3) de sorte qu'il s'agit uniquement d'une relation contractuelle entre le recourant et la Fondation Santé-Espoir. Etant donné qu'en principe, le destinataire de la prestation versée indûment est débiteur de l'obligation de restituer et qu'en matière d'assurance-maladie, le débiteur de cette obligation est l'assuré concerné même si le paiement a été effectué en mains du prestataire de soins (cf. SVR 2001 KV n° 42 p. 121 consid. 6a; ATF 130 V 318, consid. 6.2), l'intimée est en droit de réclamer au recourant la restitution du 50 % des factures de la Fondation Santé-Espoir qu'elle lui a remboursées pour les années 2000 à 2002 à charge pour lui de demander la restitution des prestations facturées à ladite Fondation, respectivement au Dr B_____.

11. Selon l'art. 25 al. 1 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et le mettrait dans une situation difficile.

En ce qui concerne l'obligation de restituer comme telle, l'art. 25 al. 1 LPGA ne fait que reprendre la réglementation de l'art. 47 al. 1 LAVS qui était jusque là applicable soit directement, soit par renvoi ou encore par analogie dans d'autres domaines du droit des assurances sociales (KELLER, La restitution des prestations indûment touchées dans la LPGA, in : Partie générale du droit des assurances sociales, Lausanne, 2003, p. 149 ss, plus spécialement p. 167 ss). Comme par le passé, l'obligation de restituer suppose aujourd'hui encore, conformément à la

jurisprudence rendue à propos de l'art. 47 al. 1 LAVS ou de l'art. 95 LACI (ATF 129 V 110 consid. 1.1, 126 V 23 consid. 4b, 122 V 21 consid. 3a, 368 consid. 3, et les arrêts cités) que soient remplies les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale de la décision - formelle ou non - par laquelle les prestations en cause ont été allouées, (ATF 130 V 318, consid. 5.2).

La reconsidération et la révision sont explicitement réglées à l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA qui codifie la jurisprudence antérieure à son entrée en vigueur. Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. En outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (SVR 2004 ALV n° 14 p. 43 ss consid. 3; ATF 127 V 469 consid. 2c et les références).

Le principe de la confiance découlant de celui de la bonne foi, commande également à l'administration d'adopter un comportement cohérent et dépourvu de contradiction. La jurisprudence y a recours parfois pour corriger les conséquences préjudiciables aux intérêts des administrés d'un comportement contradictoire ou incohérent de l'administration (ATF 111 V 81 consid. 6 p. 87; 108 V 84 consid. 3a p. 88).

12. En l'espèce, même si le Tribunal retenait que la prise en charge des factures de la Fondation Espoir-Santé était manifestement erronée, il convient de relever que l'intimée, en remboursant au recourant lesdites factures sans aucune réserve de 2000 à 2002, soit pendant trois ans, et sans avoir procédé à un quelconque contrôle quant au respect du principe de l'économie du traitement, puis, en lui demandant, en juin 2004, la restitution d'une partie des prestations qu'elle lui avait remboursées après avoir procédé à une enquête sur place, a violé le principe de la confiance (cf. ATFA non publié 23 septembre 2002, K 25/02, consid. 5.2.2). De plus, dans un premier temps, l'intimée a réduit ses prestations de 70 %, puis, dans un deuxième temps, alors que le recourant avait produit un constaté d'huissier judiciaire confirmant l'existence des fondations, elle a refusé toutes prestations, sans motiver son changement d'attitude et sans que celui-ci soit explicable par les nouveaux éléments de l'enquête. Ce faisant, l'intimée a eu un comportement contradictoire et a porté atteinte à la sécurité juridique car si elle avait procédé d'emblée à un tel contrôle, elle aurait pu réduire son premier remboursement ce qui aurait rendu attentif le recourant à la surfacturation pratiquée par ladite Fondation ainsi que sur le devoir du médecin camerounais de respecter le principe de l'économie du traitement, partant cela aurait évité à l'assuré de devoir payer plus que nécessaire.

En définitive, l'intimée n'est pas en droit de réclamer au recourant la restitution partielles des prestations déjà versées pour les hospitalisations de 2000 à 2002 de sorte que sa demande reconventionnelle doit être rejetée. Il n'est dès lors pas nécessaire d'examiner l'argument de la prescription soulevé par le recourant.

13. L'intimée prétend encore qu'elle a droit au remboursement des frais d'investigation qu'elle a encourus au Cameroun. A cet égard, elle se réfère à l'ATFA du 29 août 2006 (K 222/05) dans lequel le TFA a jugé que, lors de manipulations manifestes de factures, il s'agissait d'un comportement entravant ou empêchant l'instruction au sens de l'art. 45 al. 3 LPGA et qui pouvait justifier exceptionnellement que les frais d'instruction soient mis à la charge de l'assuré.

    En l'espèce, il n'est pas établi que le recourant a procédé à une manipulation de factures, mais il semble au contraire bien plus vraisemblable que les médecins camerounais ont établi des factures en tenant compte du niveau de vie existant au domicile du recourant en Suisse, de sorte que celui-ci n'a pas entravé l'instruction administrative, étant précisé qu'il a, au contraire, mandaté un huissier judiciaire sur place pour contribuer à l'éclaircissement des faits. Par conséquent, les conditions d'application de l'art 45 al. 3 LPGA ne sont pas réalisées et les frais d'investigation de 2'006 fr. doivent être mis à la charge de l'intimée en application de l'art. 45 al. 1 LPGA.

14. Le recourant conclut au paiement d'intérêts moratoires de 5 % dès le 1er janvier 2004.

    L'art. 26 al. 2 LPGA (en liaison avec les art. 6 et 7 OPGA) 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.

    En l'espèce, le recourant a transmis à l'intimée les factures du 14 mars et du 5 avril 2003 à la fin avril 2003, puis, le 15 décembre 2003, il lui a fait parvenir la facture du 29 décembre 2003. Des intérêts moratoires de 5 % l'an sont ainsi dus dès le 1er mars 2005, respectivement dès le 1er avril 2005 pour les factures transmises à fin avril 2003, dès le 1er décembre 2005 s'agissant de la facture du 15 décembre 2003 (cf. art 7 al. 1 à 3 OPGA).

15. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours et la demande reconventionnelle recevables.

Au fond :

2. Admet partiellement le recours et annule les décisions de la KPT / CPT Caisse-maladie des 12 mai et 25 octobre 2006.

3. Rejette la demande reconventionnelle.

4. Condamne l'intimée à prendre en charge la moitié des factures d'hospitalisation au Cameroun des 14 mars, 5 avril et 15 décembre 2003 plus intérêts 5 % au sens des considérants.

5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.

6. 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

Yaël BENZ — Isabelle DUBOIS

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