RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4767/2019 **ATAS/455/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 mai 2021

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET	recourant

contre

SANITAS ASSURANCE DE BASE SA, sise Jägerstrasse 3, ZURICH	intimée

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Toni KERELEZOV et Philippe LE GRAND ROY, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est au bénéfice de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie auprès de Sanitas assurance de base SA (ci-après : Sanitas, l'assurance ou l'intimée).

2. En date du 27 mars 2018, 1'assuré a adressé à son assurance une facture concernant un séjour hospitalier en Libye du 2 au 21 septembre 2017. Il a transmis une facture d'hospitalisation en arabe, non datée et à l'entête « Libyan Medical Center For Physical Therapy and Orthopedics » (en anglais) suivi en arabe (traduction anglaise) « State of Libya, Ministry of Health, Libyan Foreign Medical Center), indiquant qu'un montant de LYD 42'236.- (environ CHF 31'000.-) avait été payé en espèces. Cette facture mentionnait une date d'admission au 2 septembre 2017 et de décharge au 21 septembre 2017. En outre, l'assuré a joint un très bref rapport médical non daté, au même entête, concernant « A_____» né le _____ 1988, qui indiquait en anglais « The aboved named patient presented with fever, neck stiffness and rigidity, diagnosed as meningitis. He remained in the intensive care unit for 10 days. His GCS (échelle de Glasgow) on arrival was 8 and acquired mechanical ventilator. He then recovered, conscious and transferered to medical word and received physiotherapy for 1 week ». Il a ajouté un certificat de décharge du département « M.M.D » signé par le docteur B_____, rédigé en anglais, et un rapport de ce médecin selon lequel l'assuré s'était présenté au M.O.P.D avec de la fièvre, de la photophobie, des maux de tête et une nuque rigide. Sa pression sanguine était de 105/60 et sa température de 40°. Une ponction lombaire avait été faite et avait révélé des signes d'une méningite bactérienne causée par une bactérie à hemophilus influenza. L'état clinique du patient s'était détérioré ; il avait été placé sous respirateur mécanique pour sept jours à « ICU », après lesquels il avait commencé à reprendre conscience. Après avoir porté le respirateur, le patient était resté onze jours à l'« ICU » et sa condition s'était améliorée.

3. Dans un courrier du 2 avril 2018, l'assuré a rempli un formulaire à l'adresse de son assurance en exposant que le 2 septembre 2017 vers 13h30, alors qu'il voulait aller prendre un café avec des amis, il avait perdu conscience et était tombé en pleine rue, en Lybie. Il s'était réveillé à la clinique. Il avait payé plus de CHF 30'000.-, en espèces.

4. Le 23 mai 2018, l'assuré a été informé par son assurance que les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité n'étaient pas remplis et que sa facture de soins en Libye ne pouvait pas être prise en charge. Les documents présentés par l'assuré ne répondaient en outre pas aux prescriptions de forme. L'assuré était dès lors invité à donner davantage d'informations.

5. Le 29 mai 2018, l'assuré a demandé à son assurance le paiement immédiat de la facture.

6. Pour compléter son dossier, l'assurance a demandé de l'aide à son service à l'étranger et à l'Ambassade de Suisse en Libye. Des collaborateurs de l'intimée en

Lybie avaient tenté d'obtenir des informations sur ce cas sans succès. Ils avaient eu un premier contact avec le médecin traitant avec lequel ils auraient dû avoir un entretien. Ils n'avaient ensuite plus pu entrer en contact avec ce dernier ou l'administration de l'hôpital. En date du 4 octobre 2018, le collaborateur de l'ambassade en charge de ce dossier a, pour sa part, indiqué que le montant des frais de traitement était très inhabituel (more than unusual for such treatment) et qu'il n'existait pas de répartition détaillée des coûts. Selon ses recherches, il pouvait s'agir d'une falsification (the invoices might be fake), d'autant plus que ce centre médical était connu pour offrir la possibilité d'adapter le montant des factures établies. L'ambassade a recommandé d'exiger un « cost breakdown ».

7. Le 8 octobre 2018, l'assurance a sollicité de son assuré une confirmation de vol, son adresse de résidence en Libye, l'adresse de l'hôpital, le rapport d'admission et de sortie et une justification du montant facturé.

8. Le 6 décembre 2018, l'assurance de protection juridique de l'assuré a indiqué que l'hôpital concerné était le Libyen Foreign Medical Center, Coastal Road Jadda'lrn, Az Zawiyah. Les coûts avaient été pris en charge par le père de l'assuré au titre d'avance. Il n'y avait pas eu de traitement subséquent en Suisse.

9. Le 17 décembre 2018, l'assurance a informé son assuré du fait qu'il subsistait des doutes sur la facture en cause. Elle supposait qu'il y avait eu tentative de fraude en vue d'obtenir des prestations financières. Elle sollicitait un relevé détaillé des coûts du traitement.

10. Le 21 décembre 2018, l'assurance de protection juridique a transmis à l'assurance des documents complémentaires dont une « Continuation Sheet » qui fournissait des informations médicales concernant les jours des 2 septembre, 3 septembre et 14 septembre 2017. L'assuré allait demander le relevé des coûts à l'hôpital et les transmettrait à son assurance dès réception.

11. Le « cost breakdown » a été adressé à l'assurance en date du 23 janvier 2019. Les coûts étaient répartis ainsi :

    - coûts de réception et réanimation : LYD 1'500.-
    - coûts de séjour en réanimation : LYD 28'500.-
    - coûts des médicaments dispensés : LYD 8'924.-
    - coûts de séjour de l'accompagnateur : LYD 3'312.-
    - total : LYD 42'236.-

12. Le 25 février 2019, Sanitas a informé son assuré de ce qu'elle ne considérait pas les documents remis comme convaincants. Il manquait le rapport d'admission, l'anamnèse, l'interprétation de l'évolution de la maladie dans ce cas spécifique, des informations sur la classification de la maladie ou un rapport de sortie.

13. Par décision du 17 avril 2019, l'assurance a refusé de prendre en charge la facture présentée par son assuré.

14. Par lettre du 16 mai 2019, l'assuré a fait opposition à la décision de refus du 17 avril 2019. Le « cost breakdown » était convaincant et l'assurance n'en avait pas suffisamment tenu compte.

15. Par décision du 19 novembre 2019, l'assurance a rejeté l'opposition, soulignant à plusieurs reprises que le montant de la facture était douteux, d'autant plus qu'il était notoire que les factures de l'hôpital offraient bien souvent une « marge de négociation », comme le montraient les recherches menées par l'Ambassade de Suisse en Libye. Par ailleurs, plusieurs poursuites étaient en cours contre l'assuré au moment de l'établissement de la facture, ce qui était encore le cas lors de la rédaction de la décision. Cette circonstance avait été prise en compte dans l'appréciation globale. Le « cost breakdown » ne répondait en aucun cas aux exigences en matière de facturation détaillée. Bien au contraire le résumé sur quatre lignes indiquait clairement qu'une répartition des coûts n'était pas possible. En outre, pratiquement aucune information n'était disponible sur le fournisseur des prestations. Il n'existait ni site internet ni informations fiables sur l'hôpital en question. Bien que l'assuré ait indiqué qu'il se trouvait en danger de mort, aucun traitement ultérieur n'avait eu lieu en Suisse. L'assurance voyait un lien entre les nombreuses poursuites engagées contre l'assuré et l'événement en Libye. Il était inconcevable que la famille débourse une telle somme (en espèces), mais qu'elle ne subvienne pas aux besoins de son parent en Suisse bien que - en ce qui concernait les frais d'assurance-maladie - il semblait être dans une situation financière précaire. Du point de vue de l'assurance, on pouvait supposer qu'il y avait eu surfacturation et que la durée de l'hospitalisation et les coûts du traitement avaient été gonflés. Le traitement de la méningite était indéniablement un traitement essentiellement d'urgence. Toutefois, les documents disponibles ne comportaient aucune mention du type de traitement, des éventuelles complications ou des soins mis en œuvre. Ils ne contenaient pas d'informations-clés recueillies en temps réel sur l'évolution de la méningite bactérienne diagnostiquée chez l'assuré qui auraient pu fournir des renseignements sur le caractère approprié de la durée de traitement. Il existait en outre de sérieux doutes quant aux informations fournies par l'assuré à propos du règlement de la facture.

16. Le 30 décembre 2019, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) d'un recours contre la décision du 19 novembre 2019, concluant sous suite de frais et dépens à son annulation et à la condamnation de l'intimée à rembourser les frais de traitement et d'hospitalisation en Lybie, soit LYB 42'236.- avec intérêts à 5 % l'an dès le 21 septembre 2019.

17. Par acte du 27 janvier 2020, l'intimée a produit sa réponse, concluant au rejet du recours.

18. Le 19 février 2020, le recourant a déposé une réplique, persistant dans ses conclusions, et l'intimée a déposé une duplique, le 18 juin 2020.

19. Le recourant a été entendu le 16 octobre 2020 par la chambre de céans. Il avait été hospitalisé en urgence le 2 septembre 2017 et était sorti de l'hôpital prématurément le 21 septembre 2017, sous la responsabilité de son père, en raison des coûts élevés de l'hospitalisation (payés par son père). Il avait reçu des soins infirmiers et d'un médecin à domicile qui avaient dû être payés par son père. Il n'avait envoyé ses factures à l'assurance qu'en 2018 car il ignorait avant cela que l'assurance suisse remboursait le coût des soins de santé. Il avait fait de la physiothérapie à l'hôpital et chez son père après son hospitalisation. Il n'avait pas consulté de médecin à son retour en Suisse mais avait continué à prendre les médicaments prescrits en Lybie.

20. La chambre de céans a adressé trois questions à l'intimée qui n'avait pas été en mesure d'assister à l'audience (Sanitas conteste-t-elle, en définitive, la nécessité et le bien-fondé du traitement entrepris en Libye ou uniquement les coûts de ce traitement ? Est-il possible pour Sanitas de chiffrer le coût ordinaire d'une prise en charge d'une méningite bactérienne avec traitement antibiotique, hospitalisation en réanimation (dix jours) et hospitalisation consécutive en vue de la réadaptation (physiothérapie et massages notamment), au besoin avec l'aide de son médecin-conseil ? Sanitas a-t-elle reçu d'autres factures de son assuré avant celle du traitement en Lybie ?).

21. L'intimée a indiqué qu'il était justifié de remettre en cause l'existence du traitement en Lybie et considérait que son coût devait être minutieusement analysé, ce qui n'était pas possible en l'absence de documents précis au dossier. Le coût d'un tel traitement à Genève pourrait être réparti à hauteur de CHF 23'744.- à la charge de l'assurance-maladie et à hauteur de CHF 29'020.- à la charge du canton. L'intimée n'avait pas reçu d'autres factures du recourant.

22. Le 20 novembre 2020, le recourant s'est prononcé sur les réponses de l'intimée, considérant que cette dernière ne contestait pas le bien-fondé du traitement, relevant que le coût de la facture qualifiée « de complaisance » était inférieur à la prise en charge en Suisse et que le fait qu'il n'avait pas adressé d'autres factures à l'intimée depuis son adhésion d'office était cohérent avec les réponses données à l'audience (ne savait pas qu'il pouvait envoyer ses factures à l'assurance pour remboursements jusqu'en 2018).

23. La cause a été gardée à juger le 4 janvier 2021.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10).

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

2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 62 ss LPA).

3. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à la prise en charge par l'intimée des frais d'hospitalisation et de soins et médicaments reçus en Libye. La question est plus particulièrement de savoir si ces frais résultent d'un traitement effectué en urgence à l'étranger, dont l'efficacité, le caractère approprié et l'adéquation économique peuvent être constatés.

4. En vertu de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal. L'art. 32 al. 1 LAMal prévoit que les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques (1ère phrase). L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (2ème phrase).

5. Selon l'art. 34 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25 al. 2 ou 29 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales (1ère phrase).

6. Aux termes de l'art. 36 al. 2 OAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il résulte du texte même de l'art. 36 al. 2 OAMal que trois aspects doivent être pris en compte pour que l'urgence au sens de cette disposition puisse être retenue : l'assuré doit avoir besoin subitement et de manière imprévue d'un traitement à l'étranger ; des raisons médicales doivent s'opposer à un report du traitement ; un retour en Suisse doit apparaître inapproprié, cette condition s'examinant sous l'angle de la proportionnalité en tenant compte également d'aspects non médicaux (cf. sur ces questions TFA K 24/04 du 20 avril 2005 consid. 4).

7. 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 ; ATF 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).

8. S'agissant des trois premiers aspects de l'urgence, l'assuré fait valoir qu'il a brusquement souffert d'une méningite bactérienne alors qu'il se trouvait en Lybie et a dû y être hospitalisé en urgence.

Il n'est pas contesté que l'urgence médicale, au vu de la maladie en cause, n'aurait pas permis un report du traitement ou qu'un retour en Suisse n'eût pas été approprié.

En revanche, l'intimée remet en cause, au regard de l'adéquation et du caractère approprié des soins, son obligation de fournir des prestations compte tenu de l'absence de preuves vérifiables et convaincantes quant à l'hospitalisation, sa durée, le traitement qui a été réellement dispensé et les coûts y relatifs.

À cet égard, il sied de rappeler que l'obligation de prester de l'assureur-maladie suppose des indications fiables notamment sur les investigations et les traitements. Il convient de poser des exigences élevées en matière d'obligation de collaborer de l'assuré et de valeur probante des documents relatifs aux traitements hors de Suisse, d'autant plus que les possibilités de vérification par l'assureur à l'étranger sont restreintes (ATFA non publié K 222/05 du 29 août 2006, consid. 4.2). En effet, les assureurs-maladies ne peuvent appliquer les art. 42 al. 3 et 4 et 57 al. 6 LAMal à l'encontre de prestataires étrangers. Il en résulte une obligation étendue pour l'assuré de collaborer à la récolte des données nécessaires à la décision. Les assurés ont ainsi l'obligation de fournir à l'assurance les factures originales, les dates du traitement, les diagnostics, les prestations médicales et leur coût, le lieu du traitement et le nom et l'adresse des prestataires étrangers. Le traitement doit en définitive être compréhensible et vraisemblable (EUGSTER, Krankenversicherung in Soziale Sicherheit, SBVR, 2ème éd., 2007, n. 486, p. 563).

Sur ce point, la chambre de céans constate que les pièces au dossier réunies par l'intimée dans le cadre de son instruction ne comportent pas les informations utiles pour déterminer les traitements dispensés en Lybie, la durée de ceux-ci, leurs coûts exacts, les lieux ou unités de soins où le recourant a précisément été hospitalisé. Les recherches faites sur place n'ont pas permis de vérifier les informations contenues dans les pièces fournies par le recourant, ni de connaître les noms de tous les prestataires mis en œuvre en Lybie, de les entendre sur les diagnostics, traitements et suivis en cause et de déterminer le détail de la prise en charge médicale et du coût des divers aspects de celle-ci.

Lors de son audition, le recourant a indiqué ne pas avoir consulté de médecin à son retour en Suisse. Il n'est ainsi pas possible d'avoir l'avis d'un médecin qui serait intervenu, ne serait-ce que pour un contrôle, à la suite de la méningite et de la prise en charge en Lybie. Le recourant n'a en outre pas donné, dans la cadre de l'instruction devant l'intimée ou lors des débats, des informations factuelles nécessaires à l'analyse de sa situation lors de son hospitalisation en Lybie. Plusieurs années après le début de litige, il ignorait combien de temps avait duré son hospitalisation en soins intensifs et en rééducation, le temps passé chez son père ou encore qui avait pris en charge les coûts des visites d'un médecin et d'un physiothérapeute au domicile de son père à la suite de son hospitalisation. Les pièces qu'il a fournies à la demande de l'intimée ne mentionnent pas d'anamnèse précise de son cas ni les traitements, soins et médicaments reçus ou leurs coûts

respectifs. À la lecture de ces pièces, les informations sur le traitement et le suivi en Lybie sont non seulement lacunaires mais contradictoires, le Dr B_____ ayant mentionné une hospitalisation en soins intensifs de dix-huit jours alors que les factures de sortie mentionnent une durée de vingt jours et que le recourant a indiqué être sorti prématurément de l'hôpital sous la responsabilité exclusive de son père, mention ne figurant pas dans la feuille de sortie (Discharge).

La seule facture au dossier ne permet pas de comprendre quels soins ont été dispensés et par quel prestataire de soins (infirmier, médecin, physiothérapeute, etc) dans quel hôpital ou unité d'hôpital (unité des soins intensifs, autre), ni le coût afférent à ses différentes prestations. Les dates des traitements et prises en charge sont peu claires, les résultats d'analyses sont sommairement griffonnés par le médecin traitant. Il est dès lors impossible de distinguer la prise en charge et les soins fournis aux soins intensifs de ceux relatifs au séjour en réhabilitation ou à la physiothérapie qui aurait été dispensée à l'hôpital. Le « costs breakdown » est trop imprécis, ne se réfère ni aux soins, ni aux prestataires de soins, ne mentionne pas quels examens auraient été faits ni leurs coûts et contient des coûts pour le séjour d'un accompagnateur, sans autre précision.

L'ensemble des documents relatifs à ce cas sont dès lors insuffisants pour établir la réalité, le bien-fondé et la durée des soins reçus en septembre 2017 par l'assuré.

En tout état, faute de pouvoir vérifier quels soins ont été dispensés, quand, par qui, dans quels services et leurs coûts respectifs, l'intimée ne pouvait pas vérifier si ceux-ci remplissaient les critères légaux pour être à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Elle était ainsi fondée à refuser d'allouer des prestations au recourant.

9. La décision querellée ne prête dès lors pas flanc à la critique. Le recours sera rejeté.

10. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

* * * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À 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 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 - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; 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
Marie NIERMARÉCHAL	Marine WYSSENBACH

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