

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 février 2011

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD, juge unique
Greffière : Mme Barman

* * * * *

Cause pendante entre :

A.M. _____ **et B.M.** _____, à Clarens, recourants, tous deux représentés
par Me Diego Bischof, avocat à Lausanne,

et

D. _____, à Martigny, intimée.

Art. 25 LPGa; 25 et 32 LAMa; 36 OAMa

E n f a i t :

A. Les époux A.M. _____ et B.M. _____, nés respectivement en 1978 et 1973, ainsi que leur fils C.M. _____, né en 2004, sont tous trois affiliés auprès de X. _____ (ci-après également : la caisse) appartenant au D. _____ à Martigny, s'agissant notamment de l'assurance obligatoire des soins. A teneur des certificats d'assurance établis par la caisse pour les années 2006 et 2007, la franchise annuelle s'élevait à 300 francs.

En septembre 2006, les assurés ont adressé à la caisse une facture du Dr Z. _____ d'un montant équivalant à 606 fr. 30 (25'810 S£ [livres syriennes]), concernant des traitements médicaux reçus en Syrie entre le 19 et le 23 août 2006 par B.M. _____.

Par même envoi, une facture équivalant à un montant de 678 fr. 85 (28'900 S£) pour une hospitalisation de leur fils C.M. _____ à la suite d'une inflammation des méninges (méningites) du 5 au 17 août 2006 à la clinique [...] par le Dr B. _____, en Syrie, a été transmise à la caisse.

Selon deux relevés du 11 septembre 2006, la caisse a admis le remboursement de ces montants, sous réserve de la participation de 10% dévolue aux assurés.

Fin avril 2007, au retour d'un séjour d'un mois en Syrie, A.M. _____ a adressé à X. _____ deux nouvelles factures relatives à des hospitalisations subies par lui-même, du 3 au 8 avril 2007, et par son fils C.M. _____, du 27 au 31 mars 2007.

La facture liée à l'hospitalisation de A.M. _____ équivalait à un montant de 1'530 fr. 75 (65'725 S£) et mentionnait les postes : hospitalisation (5 jours), analyses médicales, radiographie, médicaments et contrôle médical, MRN. Cette facture, signée par le Dr Z. _____, était établie sur un document à l'entête de l'hôpital national de [...], au nom du

Dr Z._____. Un second document, dont le montant était identique, mentionnait les diagnostics suivants:

"Diagnostic primaire : Mal à la tête avec vertige et douleur diffusée aux membres supérieurs.

Diagnostic final : Bec de la nuque aux vertèbres 5/6/7."

La facture relative à l'hospitalisation de C.M._____ équivalait, pour sa part, à un montant de 1'183 fr. 15 (50'800 S£). Etablie par l'hôpital national de [...] en Syrie, elle mentionnait sur l'entête le Dr H._____ et était signée par le Dr C._____. Le second document à l'entête : "République arabe syrienne, ministère de la santé, Hôpital national de [...], Dr H._____" indiquait le diagnostic final posé, à savoir hépatite A, et retenait les postes : analyses médicales générales, écho de l'abdomen, hospitalisation de 4 jours, médecin traitant avec médicaments.

Invité par la caisse à fournir des précisions complémentaires quant aux soins prodigués, A.M._____ a complété un questionnaire ad hoc le 8 mai 2007, pour lui-même et son fils. Il a confirmé les diagnostics posés dans les documents précités ainsi que les dates d'hospitalisation. Il précisait en outre s'être rendu en Syrie pour des vacances du 13 mars au 13 avril 2007. Le concernant, il a déclaré qu'il était déjà en traitement chez le Dr I._____ à [...] pour cette même affection et qu'il avait consulté auprès de ce médecin à son retour en Suisse. S'agissant de son fils en revanche, il a mentionné n'avoir pas consulté de médecin à son retour.

En mai 2007, les résultats des analyses, le rapport de l'échographie abdominale et les justificatifs bancaires confirmant le paiement des notes ont encore été requis par la caisse; ils ont été fournis par l'assuré le 2 octobre 2007. Les documents pour A.M._____ consistaient en un rapport IRM et un rapport médical, dans lequel le Dr Z._____ confirmait les analyses effectuées, et pour C.M._____, en un rapport de l'échographie abdominale et un rapport médical, dans lequel le Dr H._____ confirmait également les analyses effectuées.

Le 19 octobre 2007, la caisse a finalement admis le remboursement des soins liés à l'hospitalisation en Syrie de A.M._____, du 3 au 8 avril 2007, et de C.M._____, du 27 au 31 mars 2007.

Sollicitée par X._____ afin de vérifier l'authenticité des traitements effectués, l'ambassade de Suisse à Damas a transmis en février 2009 un rapport du Dr Y._____, que la caisse a résumé dans sa décision du 9 mars 2009.

B. Par cette décision, X._____ a refusé la prise en charge des traitements prodigués à B.M._____, A.M._____ et leur fils C.M._____, pour un montant total de 4'299 fr. 05 [*recte*: 3'999 fr. 05] (1'530 fr. 75, 606 fr. 30, 678 fr. 85, 1'183 fr. 15) et en a demandé le remboursement, au motif que ces factures étaient probablement fausses, compte tenu des informations reçues de l'ambassade. A cet égard, elle relevait ce qui suit :

"• Le Directeur du département de la santé de la région de [...], le Dr L._____ a confirmé à l'ambassade de Suisse à Damas que l'hôpital National de [...] est un établissement gouvernemental qui fournit des soins gratuitement.

• Le Docteur H._____, médecin dans le département de pédiatrie de l'hôpital de [...] n'est pas habilité à libeller et signer des factures.

• Le Docteur Z._____ est quant à lui inconnu des services de cet hôpital.

• Votre nom ainsi que ceux des membres de votre famille n'apparaissent pas dans le registre des soins de l'établissement hospitalier de [...]."

Les assurés se sont opposés à cette décision par courrier du 13 mars 2009. Ils indiquaient qu'en 2006, les soins n'avaient pas été reçus à l'hôpital de [...] mais chez un médecin pour B.M._____, du 19 au 23 août, et à la clinique [...] pour C.M._____, du 5 au 17 août, alors qu'en 2007, A.M._____ et son fils avaient bel et bien été soignés à l'hôpital de [...], respectivement du 3 au 8 avril et du 27 au 31 mars. Ils confirmaient en outre que les prestations fournies par cet hôpital avaient été payées.

Par décision sur opposition du 31 mars 2009, la caisse a confirmé la décision du 9 mars 2009, la motivant de manière identique.

C. A.M._____ et B.M._____ ont formé recours contre cette décision le 28 avril 2009, concluant avec suite de frais et dépens à sa réforme en ce sens que les recourants ne soient pas tenus à restitution du montant réclamé par X._____. Ils font grief à la caisse intimée de mettre en doute la nécessité du remboursement des soins dispensés à l'hôpital national de [...] alors qu'ils ne peuvent bénéficier de soins gratuits dans cet établissement puisque, citoyens suisses, ils ne sont pas considérés comme des patients syriens. A l'encontre de l'argument de l'intimée selon lequel le Dr H._____ ne serait pas habilité à signer les factures de l'hôpital de [...], les recourants font valoir que ce dernier s'est contenté de soigner leur fils C.M._____, la facture y relative ayant été signée par le Dr C._____. Ils relèvent par ailleurs que B.M._____ n'a jamais consulté le Dr Z._____ dans l'hôpital de [...], ce dernier officiant dans un cabinet privé, précisant qu'il ne ressort pas de factures adressées à l'intimée que la recourante aurait bénéficié de soins dans cet établissement. Finalement, les recourants arguent que le nom de B.M._____ ne peut apparaître dans le registre de soins de l'hôpital puisqu'elle n'a jamais fréquenté cet établissement et que le fait que les noms de A.M._____ et C.M._____ n'y figurent pas est sans doute dû à l'absence de système informatisé de tenue des dossiers dans cet hôpital.

Dans sa réponse du 10 juin 2009, X._____ confirme les informations transmises par le Dr Y._____, mandaté par l'ambassade suisse à Damas, et conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle fait valoir que les factures des 31 mars 2007 et 8 avril 2007 proviennent d'un hôpital qui fournit des soins gratuitement, qu'il n'existe pas de médecin exerçant sous le nom de Dr Z._____ à l'hôpital de [...], et que les assurés ne figurent pas au registre de cet hôpital, de sorte que la caisse n'a pas à supporter le coût de ces "soins". Elle indique que l'établissement hospitalier a confirmé au Dr Y._____ que les assurés n'avaient pas fréquenté l'hôpital, précisant que les règles internationales de comptabilité et de santé publique prévoient que les patients soient

enregistrés dans les livres de l'institution qu'ils fréquentent. Elle relève l'incohérence des données contenues dans la facture de B.M. _____ et les déclarations du 8 mai 2007, concernant le numéro de téléphone du Dr Z. _____ et l'absence d'adresse pré-imprimée. Elle argue au surplus que les recourants n'ont pas jugé utile d'aller consulter un pédiatre à leur retour en Suisse en avril 2007, alors que leur fils de 5 ans avait contracté une hépatite A virale au cours du voyage, cette attitude confirmant ainsi la suspicion selon laquelle C.M. _____ n'a pas eu recours aux soins mentionnés. Finalement, rappelant les déclarations de A.M. _____ concernant son traitement pour des maux de tête auprès du Dr I. _____ avant son départ en Syrie, l'intimée émet un doute quant au caractère urgent des soins auxquels a prétendument eu recours l'assuré.

Par écriture du 6 août 2009, les recourants maintiennent leurs conclusions et l'argumentation contenue dans leur écriture du 28 avril 2009 tout en ajoutant qu'ils ont indiqué le numéro de téléphone du Dr Z. _____, pensant que l'intimée aurait souhaité prendre contact avec le médecin et qu'ils ont emmené leur fils consulter le pédiatre dès leur retour en Suisse, les 11 et 16 mai 2007, mais que C.M. _____ se portant mieux, il ne nécessitait plus de soins particuliers pour l'hépatite diagnostiquée en Syrie. S'agissant du caractère urgent de la consultation concernant A.M. _____, ils ont souligné que ce dernier avait été pris de maux de tête d'une violence telle qu'ils ne lui permettaient pas d'attendre son retour en Suisse pour être soigné.

Dans sa duplique du 12 octobre 2009, la caisse se réfère à sa décision et son argumentation, et ajoute que selon les informations du Dr L. _____, directeur du département de la santé dans la région concernée, il n'y a pas de distinction entre les ressortissants syriens ou étrangers. Elle relève que C.M. _____ aurait bénéficié de soins identiques à double par deux médecins différents, au vu de l'une des factures signées par le Dr H. _____, concernant l'hospitalisation du 27 au 31 mars 2007, en tous points identiques à la facture signée par le Dr C. _____. Elle explique que selon les recommandations de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour la prévention de l'hépatite A, la période d'incubation dure en

moyenne quatre semaines, que l'infection n'est symptomatique que dans 30% des cas chez des enfants de moins de 6 ans et que la certitude de la maladie se fait grâce aux analyses de sang. Elle argue ainsi que C.M._____ aurait attrapé cette maladie en Suisse et qu'un dépistage des anticorps par des analyses sanguines permettrait de déterminer si l'infection a effectivement eu lieu. Elle conclut toutefois que, dans la mesure où C.M._____ n'a consulté son pédiatre que près de six semaines après son retour de Syrie, il n'a pas pu contracter l'hépatite A à l'étranger et être hospitalisé pour cette maladie. Les mêmes conclusions sont retenues pour la méningite ayant conduit à une hospitalisation en août 2006, constatant que cette dernière n'a duré que douze jours, qu'il n'y a pas eu de suivi médical en Suisse, alors que l'enfant n'était âgé que de 2 ans. Au terme de sa détermination, l'intimée requiert que les médecins traitants des assurés soient appelés à se déterminer quant aux affections et consultations de leurs patients.

Par le biais d'une détermination du 10 décembre 2009, les recourants maintiennent leurs conclusions initiales, mettant en doute de surcroît la valeur probante du rapport de l'ambassade suisse à Damas au motif que le Dr L._____ est, selon des articles de presse, impliqué dans des affaires de détournement de fonds et que la distance indiquée de 500 km entre Damas et [...] est inférieure à la réalité. Ils mentionnent également que la présence de deux noms différents, soit le Dr H._____ et le Dr C._____ sur le document relatif à l'hospitalisation de C.M._____ en mars 2007 s'explique par une erreur de traduction et qu'il s'agit toujours du Dr H._____ qui a établi et signé la facture. Ils allèguent également que A.M._____ a rapidement consulté son médecin traitant à son retour de l'étranger, joignant le justificatif de remboursement pour une consultation du 17 avril 2007

La caisse, pour sa part, se réfère une fois de plus dans une écriture du 25 janvier 2010 à sa décision et ses précédentes déterminations. Elle ajoute que les malversations dont font état les communiqués de presse produits par les recourants concernent le paiement des salaires des employés des hôpitaux syriens, ce qui n'a rien à

voir avec la question de la gratuité des soins fournis aux patients et relève que la gratuité des services de santé de l'Etat syrien est notoire.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), le recours a été déposé en temps utile. Recevable également en la forme, il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte dans la présente cause sur la restitution des montants de 606 fr. 30, 678 fr. 85, 1'530 fr. 75 et 1'183 fr. 15 déjà versés aux recourants pour des soins reçus en Syrie aux périodes suivantes :

- du 19 au 23 août 2006 s'agissant de B.M. _____
- du 5 au 17 août 2006 et du 27 au 31 mars 2007 concernant C.M. _____
- du 3 au 8 avril 2007 s'agissant de l'hospitalisation de A.M. _____

a) Selon l'art. 25 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10), 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 examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, au domicile du patient en milieu hospitalier ou dans un

établissement médico-social par des médecins (al. 2 let. a ch. 1), les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin (al. 2 let. b), ainsi que le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (al. 2 let. e).

Aux termes de l'art. 34 al. 2, 1^{ère} phrase, LAMal, le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues notamment à l'art. 25 al. 2 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Par "*raisons médicales*", 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 (TF K 65/03 du 5 août 2003 consid. 2 et la référence). Faisant usage de cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832.102), intitulé "*Prestations à l'étranger*"; selon l'al. 2 de cette disposition, 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 n'y a pas urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement. Ce qui est 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 en outre à un report du traitement, et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (TF 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.2 et les références).

A teneur de l'art. 32 al. 1, 1^{ère} phrase, LAMal, les prestations mentionnées aux arts. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'art. 56 al. 1 LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter celles-ci à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Comme la jurisprudence l'a déjà relevé sous l'empire de l'ancien art. 23 LAMA, dont le contenu était analogue, 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; ils y sont d'ailleurs obligés, dès lors qu'ils sont

tenus de veiller au respect du principe de l'économie du traitement. Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre caisses et fournisseurs de soins; il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique. Pour l'essentiel, ces principes conservent leur valeur sous le régime du nouveau droit (ATF 127 V 43 consid. 2b et les références, confirmé notamment par TF K 106/05 du 17 novembre 2006 consid. 2.1) et sont également applicables en cas de traitement d'urgence à l'étranger (ATF 128 V 75 consid. 4b in fine).

L'obligation pour les assureurs-maladie d'allouer des prestations en cas de traitement hospitalier suppose l'existence d'une maladie qui exige un traitement pour soins aigus ou des mesures médicales de réadaptation en milieu hospitalier (art. 39 al. 1 LAMal). La condition du besoin d'hospitalisation est donnée si les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires ne peuvent être pratiquées de manière appropriée que dans un hôpital, ou encore si les possibilités d'un traitement ambulatoire ont été épuisées et que seule une thérapie en milieu hospitalier présente des chances de succès. L'obligation de fournir des prestations peut aussi se justifier quand l'état maladif de la personne ne nécessite pas forcément un séjour à l'hôpital mais que, néanmoins, le traitement ne peut être prodigué qu'en milieu hospitalier pour des raisons particulières, notamment lorsqu'un assuré âgé ou vivant seul est dans l'impossibilité de recevoir à domicile la surveillance et les soins requis par son état (TF K 35/04 du 29 juin 2004 consid. 4.1 et la référence).

En l'espèce, la caisse a pris en charge les soins prodigués en Syrie. Elle a donné suite à la demande de remboursement des factures présentées par les recourants, après avoir procédé aux examens d'usage et pris conseil auprès de son médecin. Dans un premier temps, elle a donc admis la réalisation de l'ensemble des critères précédemment cités lui permettant la prise en charge des traitements dont les recourants prétendent avoir bénéficié en Syrie. Certes, dans sa réponse au recours, l'intimée semble remettre en cause le caractère urgent de l'hospitalisation de A.M. _____ du 3 au 8 avril 2007, dans la mesure où, avant son départ

à l'étranger, il était déjà en traitement chez le Dr I. _____ à [...] en raison de maux de tête.

Si la question peut éventuellement se poser, il n'y a toutefois pas lieu d'y revenir dès lors que la caisse considère que ces soins n'ont en réalité pas été donnés. Partant, seul le bien fondé de la restitution doit être examiné.

b) L'art. 25 al. 1, 1^{ère} phrase, LPGA dispose que les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (art. 25 al. 1, 2^e phrase, LPGA). Cette question doit faire l'objet d'un examen distinct de celle de l'étendue de l'obligation de restituer. Aussi les art. 3 et 4 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale des assurances sociales, RS 830.11) prévoient-ils d'abord une décision en restitution (art. 3 al. 1 OPGA) et un avis, dans cette décision, sur la possibilité d'une remise (art. 3 al. 2 OPGA). S'il n'est pas d'emblée manifeste que les conditions d'une remise sont réunies (cf. art. 3 al. 3 OPGA), une décision sur la demande de remise doit être prise séparément, selon les modalités réglées à l'art. 4 OPGA. En principe, la demande de remise doit être déposée au plus tard 30 jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution (art. 4 al. 4 OPGA).

Il sied dès lors d'examiner si le montant de 4'299 fr. 05 [recte: 3'999 fr. 05], remboursé par la caisse aux assurés, l'a été indûment. Dans l'affirmative, il conviendra de déterminer l'étendue de la restitution.

c) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu; sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire, qui comprend en particulier l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les

conséquences de l'absence de preuve (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). A cet égard, il n'existe 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; le juge fonde bien plutôt 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 (TF K 121/06 du 16 août 2007 consid. 4.1.1 et les références). 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2; TF K 15/07 du 20 mars 2008 consid. 4.2 et les références).

Le fait que les recourants se soient rendus en Syrie à deux reprises, soit en août 2006 et du 13 mars au 13 avril 2007, n'est pas contesté. En revanche, la caisse doute, en se référant au rapport du Dr Y._____, mandaté par l'ambassade suisse à Damas, que les recourants et leur fils aient, durant leurs séjours en Syrie, véritablement bénéficié des soins dont ils ont demandé et obtenu le remboursement.

Le rapport transmis à l'ambassade suisse à Damas révèle que les éléments décrits par les recourants ne concordent pas avec la réalité. En effet, selon ce rapport, l'hôpital national de [...] est un hôpital gouvernemental qui fournit des soins gratuitement. De plus, le pédiatre, le Dr H._____, n'a pas le pouvoir de signer ou d'établir une facture. Quant au Dr Z._____, il est totalement inconnu de l'hôpital. De surcroît, ni A.M._____ ni B.M._____ ne figure dans les registres de l'hôpital pour la période de leur hospitalisation.

Les recourants se contentent d'alléguer que si l'hôpital de [...] fournit des soins gratuitement aux ressortissant syriens, il n'en est pas de même des ressortissants suisses qui ne peuvent bénéficier de prestations gratuites. Ils n'apportent à cet effet pas le moindre élément permettant de s'en convaincre, si ce n'est les factures litigieuses. En revanche, il ressort

des pièces produites par la caisse que le système de santé syrien est bien fondé sur la gratuité des soins de manière générale, ce qui a de surcroît été confirmé par le directeur de l'hôpital lui-même au médecin mandaté par l'ambassade. Quant à l'argumentation des recourants relative aux noms des médecins, celle-ci est peu convaincante et entachée de contradictions. En effet, dans le mémoire de recours, ils indiquent qu'ils n'ont jamais prétendu avoir consulté le Dr Z._____ à l'hôpital de [...], alors que dans la détermination du 6 août 2009, ils prétendent avoir bel et bien été soignés par ce médecin, dans cet hôpital. A cet égard, il sied de rappeler que si les déclarations initiales de l'assuré sont contredites par la suite, lorsqu'il a été en mesure de réfléchir aux conséquences que pouvaient avoir ses premières déclarations, il convient de tenir pour avérées les déclarations spontanées de la première heure (ATF 124 V 45 consid. 2a; TF 9C_663/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 3.2; U 142/04 du 23 septembre 2005).

La lecture des pièces ne parle pas plus en faveur des recourants, puisque le nom de ce médecin, inconnu de l'hôpital, ressemble à s'y méprendre à celui qui a soigné B.M._____ en 2006. Quant aux contradictions autour du nom du pédiatre, si elles contribuent à semer le doute, elles ne sont toutefois pas pertinentes puisque le Dr H._____, respectivement C._____, n'était pas habilité à signer des factures qui de surcroît n'avaient aucune raison d'être, les soins devant être fournis gratuitement. Enfin, s'agissant de l'absence de trace de A.M._____ et C.M._____ dans les registres de l'hôpital, soit les noms de deux patients étrangers, hospitalisés plusieurs jours à des périodes différentes, les protestations des recourants quant au manque de système informatisé et de lacune dans la tenue des registres, sans apporter le moindre élément de preuve contraire, ne suffisent pas à emporter la conviction.

Au vu de ce qui précède, les motifs invoqués par les recourants doivent être considérés comme invraisemblables, ce d'autant plus que, ni dans leur recours ni dans les déterminations subséquentes, ils n'ont présenté d'arguments ou de moyens de preuve susceptibles de remettre en cause le rapport transmis à l'ambassade de Suisse à Damas.

Ils n'ont apporté aucun élément permettant d'admettre de façon hautement vraisemblable la réalité des hospitalisations de A.M._____ du 3 au 8 avril 2007 et de leur fils C.M._____ du 27 au 31 mars 2007. Au demeurant, on relève que la caisse a choisi de s'adresser directement à l'ambassade suisse en Syrie, dont on peut considérer qu'elle était la plus compétente pour obtenir les renseignements sur les points litigieux

Au vu de ce qui précède, force est d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les soins reçus en 2007 par A.M._____ et C.M._____ à l'hôpital de [...] ne sont pas suffisamment établis. Les éléments fournis par les recourants dans leur détermination du 10 décembre 2009 ne sauraient par ailleurs emporter la conviction du tribunal.

c) Reste à examiner si les soins reçus en 2006 par B.M._____ et C.M._____ doivent être considérés de la même manière.

Le rapport transmis par l'ambassade de suisse à la caisse ne comporte que des informations relatives à l'hôpital gouvernemental de [...].

Force est pourtant de constater que les soins reçus par B.M._____ et C.M._____ en 2006 n'ont pas été donnés dans cet hôpital. En effet, la facture d'hospitalisation de C.M._____, soigné pour une méningite, est libellée au nom de la clinique [...], dont rien n'indique au dossier qu'elle serait soumise au système de santé publique syrien. La facture pour les soins prodigués à B.M._____ est libellée au nom du Dr Z._____, sans aucune mention d'établissement hospitalier. Ces deux factures ne peuvent de toute évidence pas être considérées de la même manière que celles de 2007 et la caisse ne peut valablement pas s'appuyer sur le rapport du mandataire de l'ambassade de suisse, lequel n'évoque au demeurant que l'hôpital de [...], pour en réclamer la restitution.

S'agissant de la facture établie au nom de B.M._____, le fait que seul un numéro de téléphone y soit inscrit et qu'aucune adresse pré-imprimée exacte de cabinet médical n'y figure ne saurait être suffisant pour emporter la conviction d'une irrégularité. Que le Dr Z._____ ne soit pas connu de l'hôpital de [...] ne suffit pas non plus à fonder son inexistence dans le milieu médical syrien. Quant à la facture concernant l'hospitalisation de C.M._____ du 5 au 17 août 2006 relativement à une méningite rien ne permet de douter de son bien fondé ainsi que du bien fondé des soins donnés. Le fait que le pédiatre en suisse ne l'ait vu que deux mois et demi après son retour de vacances soit en novembre 2006, ne suffit pas à mettre en doute l'existence de la pathologie et des soins donnés à C.M._____, ce d'autant plus qu'une hospitalisation de 12 jours avait sans aucun doute permis de soigner complètement l'enfant.

Rien ne permet de dire que ces montants ont été versés indûment de sorte que leur restitution n'est pas due.

3. En définitive, le recours interjeté par A.M._____ et B.M._____ doit être partiellement admis et la décision sur opposition du 31 mars 2009 réformée en ce sens que la prise en charge des factures de 606 fr. 30 et 678 fr. 85 incombe à X._____, la restitution de ces montants n'étant pas dues par les recourants.

a) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

b) Les recourants qui plaident au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 21 avril 2009 obtiennent partiellement gain de cause avec le concours d'un avocat d'office.

Me Patrick Stoudmann, précédent conseil d'office, a été relevé de sa mission le 23 décembre 2009. Après présentation de la liste de ses opérations le 22 décembre 2009, le montant total de 1'673 fr., TVA comprise, lui a été alloué à titre d'indemnité d'office le 1^{er} mars 2010. Me

Diego Bischof, désigné à sa suite dès le 23 décembre 2009, a produit une liste d'opérations le 8 mars 2011.

Il appartient à la Cour de fixer le montant des dépens alloués à la partie qui obtient gain de cause pour les opérations nécessaires à la procédure, compte tenu de l'importance du litige et de la complexité de la cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Dans le présent cas, il se justifie d'allouer une indemnité de dépens à hauteur de 250 francs. Ce montant couvre intégralement l'indemnité due à Me Bischof par l'assistance judiciaire de sorte que cette question devient sans objet.

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I. Le recours est partiellement admis, en ce sens que la prise en charge des factures de 606 fr. 30 et 678 fr. 85 incombe à X._____, la restitution de ces montants n'étant pas due par les recourants.

- II. La décision sur opposition rendue le 31 mars 2009 par X._____ est confirmée pour le surplus.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. X._____ versera aux recourants une indemnité de 250 fr. (deux cent cinquante francs) à titre de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Diego Bishof (pour A.M._____ et B.M._____)
- D._____
- Office fédéral de la santé publique
- Service juridique et législatif

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :