

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 janvier 2012

Présidence de Mme PASCHE, juge unique
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

L._____, à Lausanne, recourant,

et

CMBB, Caisse maladie suisse du bois et du bâtiment, à Martigny (VS),
intimée.

Art. 34 al. 2 LAMal et 36 OAMal

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après: l'assuré), né en 1961, est assuré auprès de la Caisse maladie suisse du bois et du bâtiment (ci-après: la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins avec, en 2008, une franchise annuelle de 300 francs.

Faisant état d'une hospitalisation en République démocratique du Congo du 9 au 27 octobre 2008, l'assuré a adressé à la caisse un bordereau de facturation concernant un traitement médical suivi dans ce pays, d'un montant total de 1'195'860 francs CFA, soit 2'941 fr. 80, ainsi qu'une attestation médicale et une attestation de repos médical.

Le 18 novembre 2008, à réception de ces documents, la caisse a invité l'assuré à remplir un questionnaire intitulé «Traitement médical à l'étranger». L'assuré a retourné ce questionnaire dûment rempli et signé le 28 novembre 2008. Il y mentionnait avoir séjourné en République démocratique du Congo du 9 septembre au 10 octobre 2008 et avoir reçu des soins au Centre Médical et Maternité Q._____, sis à Kinshasa, du 9 au 26 octobre 2008 donnés par le Dr Y._____, en raison d'un «paludisme grave forme neurologique et digestive, fièvre typhoïde et dermatose au niveau des plis inguinaux». A la question «Les factures médicales ont été payées comptant, par carte de crédit, par chèque? (Joindre une preuve de paiement comme par exemple un justificatif bancaire ou postal confirmant le paiement des notes ou la preuve du retrait de liquidités pour effectuer le paiement comptant)», l'assuré a apporté la réponse suivante: «Comptant - voir annexe». Celle-ci consistait en un «bordereau de facturation» non daté, muni du timbre humide du Centre Médical et Maternité Q._____. Comportant trois signatures (infirmier chef de poste ou son délégué, division de facturation ou son préposé et médecin-traitant ou son délégué), il faisait état d'un séjour hospitalier de 18 jours pour un coût total de 1'195'860 francs CFA.

Par courrier du 2 mars 2009, la caisse a informé l'assuré que sa facture était encore en suspens et qu'elle avait mandaté son partenaire à l'étranger afin de vérifier que les tarifs pratiqués par le fournisseur de soins consulté n'étaient pas abusifs et correspondaient à la norme de la région du pays dans lequel il avait séjourné.

Le 21 septembre 2009, G._____ a transmis à la caisse les informations suivantes:

«01. Le centre médical/centre hospitalier/cabinet médical/ existe-t-il?

Le centre médical existe.

02. Le médecin facturant y exerce-t-il régulièrement son activité?

Le médecin facturant, Docteur Y._____ y exerce régulièrement son activité.

03. Existe-t-il un site internet de référence pour ce centre médical/centre hospitalier/cabinet médical? Si oui, quelle est l'adresse internet?

Non, il n'existe pas de site internet.

04. Le centre médical/centre hospitalier/cabinet médical/ est-il équipé pour dispenser le traitement facturé?

Non, ce centre n'est pas équipé pour dispenser le traitement facturé.

05. Le centre médical/centre hospitalier/cabinet médical mentionné sur la facture est-il reconnu par la sécurité sociale du pays? Si non, quel est son statut (hôpital privé subventionné, hôpital privé non subventionné, ...)?

Le centre médical n'est pas reconnu par la sécurité sociale du pays, c'est un centre médical privé non subventionné.

[...]

06. L'assuré(e) a-t-il (elle) été en traitement chez le médecin facturant/centre médical/centre hospitalier/cabinet médical aux dates mentionnées sur la (les) factures (s)?

Le médecin facturant ne reconnaît pas avoir consulté le patient L._____ et ne reconnaît pas non plus avoir signé les différents documents qui portent son nom c'est-à-dire l'attestation médicale et l'acte médical.

Les documents présentés ont été effectivement établis au centre médical et maternité Q._____ par un membre du personnel

médical de ce centre mais ce sont des documents de complaisance dans la mesure où Monsieur L. _____ n'a pas été soigné dans ce centre.

07. Le diagnostic communiqué par le médecin facturant correspond-il à celui mentionné par l'assuré (e) sur le questionnaire annexé?

Non.

08. S'agit-il d'un traitement vraiment urgent ou celui-ci aurait pu être différé et planifié ultérieurement?

Dans ce centre médical, notre agent n'a pas trouvé de traces du passage de Monsieur L. _____ justifiant qu'il y aurait été soigné.

09. Le traitement facturé correspond-il aux déclarations du médecin facturant ou de son remplaçant?

Non.

10. Les médicaments prescrits (s'il y en a) correspondent-ils au traitement dispensé?

Nous n'avons pas reçu une liste des médicaments prescrits.

11. Sommes-nous en présence de fausses factures ou d'une surfacturation manifeste d'un traitement effectivement dispensé?

Ce sont des factures de complaisance car Monsieur L. _____ n'a pas été soigné dans ce centre médical et le Docteur Y. _____ ne se rappelle pas l'avoir consulté et aussi avoir signé les documents présentés.

Le responsable d'un centre médical plus proche du centre médical Q. _____ que notre agent a contacté a déclaré que si quelqu'un se fait soigner dans son centre et que la personne présente les mêmes signes pathologiques comme ceux qui se trouvent dans ces documents, les frais médicaux et les médicaments ne vont pas dépasser 250 \$ US.

Le Docteur P. _____, président de l'ordre national des médecins de la RDC que notre agent a contacté a dit que le rapport médical présenté n'est pas correct car d'après la réglementation de la RDC, le rapport médical est obligatoirement signé par trois médecins assermentés. Or, le rapport présenté par Monsieur L. _____ est signé par un seul médecin, ce qui n'est pas normal.»

Le 2 octobre 2009, la caisse a communiqué à l'assuré une décision formelle par laquelle elle refusait la prise en charge des frais relatifs au séjour hospitalier du 9 au 27 octobre 2008 en République démocratique du Congo d'un montant de 1'195'860 francs CFA, soit 2'941 fr. 80, aux motifs suivants:

«[...] Après un contrôle approfondi de la facture de 1'195'860.00 francs CFA, soit Fr. 2'941.80 du Centre Médical et Maternité Q._____ à Kinshasa par notre partenaire à l'étranger, nous constatons que:

- Le Centre Médical et Maternité Q._____ n'est pas équipé pour dispenser ce genre de traitement.
- Le Centre Médical et Maternité Q._____ n'est pas reconnu par la sécurité sociale du pays car il s'agit d'un centre médical privé non subventionné.
- Le Dr Y._____ ne reconnaît pas vous avoir consulté et avoir signé les différents documents qui portent son nom, c'est-à-dire l'attestation et l'acte médical.
- Aucun document administratif prouve votre séjour hospitalier dans le Centre Médical et Maternité Q._____.
- A titre de comparaison, dans un centre médical proche du Centre Médical et Maternité Q._____, les frais médicaux et les médicaments ne dépassent pas la somme de 250.00 USD pour le même diagnostic.
- Le rapport médical en notre possession n'est pas le document original car selon la réglementation de la République Démocratique du Congo, ce genre de document est obligatoirement signé par trois médecins assermentés. Le rapport en notre possession ne comporte qu'une seule signature.

Au vu de cette situation, nous avons toutes les raisons de croire que la note d'honoraires présentée est fausse. [...]»

Le 30 octobre 2009, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a expliqué que les symptômes qu'il présentait nécessitaient une hospitalisation d'urgence sur place où le traitement administré s'était révélé efficace puisqu'il avait été guéri. Il a en outre exposé que, faute de barème tarifaire, les factures d'hospitalisation n'obéissaient à aucune règle et étaient établies au cas par cas, en fonction des moyens financiers du patient. L'assuré a ajouté qu'il avait besoin de soins et non pas de savoir si le Centre Médical et Maternité Q._____ était reconnu par la sécurité sociale congolaise. D'ailleurs, le budget du ministère de la santé publique ne permettait guère de subventionner les hôpitaux et centres médicaux. Il a enfin souligné que le bordereau de facturation était un document administratif attestant de la véracité de ses dires et a produit

diverses pièces propres à étayer ses allégations. Il a conclu à ce que les frais relatifs à son séjour hospitalier soient pris en charge par la caisse.

Le 9 novembre 2009, la caisse a demandé des informations complémentaires à G._____. Le 12 mai 2010, cet organisme lui a transmis une copie de l'attestation datée du 10 mai précédent signée par le Consul de l'Ambassade de Suisse en République démocratique du Congo et munie de son timbre humide. Sa teneur en était la suivante:

«Dossier L._____

Nous nous sommes rendus au centre médical et maternité Q._____ et nous nous sommes entretenus de nouveau avec le médecin Y._____ qui était surpris de nous voir revenir sur le cas de Monsieur L._____.

Quant à la question de connaître l'authenticité de la lettre du 07/01/2010, il a confirmé l'avoir signé et établie.

Nous lui avons fait savoir notre surprise car lors de notre première rencontre, il n'avait pas reconnu avoir consulté L._____ et qu'il ne le connaissait même pas et il n'y avait pas de dossier (fiche de consultation) sur cette personne dans leur centre hospitalier. Ce jour-là, en notre présence, il avait appelé la personne (l'infirmier) qui avait établi l'attestation et le rapport médical et l'avait reproché en notre présence. S'il se rebiffe aujourd'hui, c'est malhonnête de sa part. Il a prétendu avoir oublié. Nous lui avons demandé de nous montrer le dossier de monsieur L._____, il nous a dit que l'archiviste était absent alors que les dossiers des malades sont à la portée du personnel médical donc, en l'absence de l'archiviste ne peut pas justifier sa réponse.

Nous avons contacté un autre infirmier de ce centre qui a gardé l'anonymat qui nous a confirmé que les documents présentés sont des documents de complaisance, la preuve en est que son dossier est entrain d'être confectionné.

En ce qui concerne le rapport médical et l'attestation médicale, nous confirmons que ce sont des documents de complaisance pour les raisons suivantes:

- la réglementation en RDC exige que l'attestation médicale puisse être signée par trois médecins assermentés pour que ça puisse être valable ce qui n'est pas le cas de l'attestation médicale présentée par Monsieur L._____.
- le papier à en tête de l'attestation médicale et du rapport médical est différent de celui de la lettre du 07/01/2010 signée par le Docteur Y._____.»

Une annotation typographiée au bas de ce rapport, signée du consul de l'ambassade suisse en République démocratique du Congo, précisait que la personne ayant recueilli ces informations travaillait depuis longtemps pour le compte de l'ambassade, laquelle lui conservait toute sa confiance.

Par décision sur opposition du 1^{er} juin 2010, la caisse a confirmé le refus de prise en charge des frais relatifs aux soins médicaux effectués du 9 au 27 octobre 2008 en République démocratique du Congo. Outre les motifs développés dans la décision initiale, la caisse a encore retenu ce qui suit:

«[...]

Vous n'avez pas été soigné au Centre Médical et Maternité Q._____ et les documents que vous nous avez présentés sont des papiers de complaisance car votre dossier médical est en train d'être confectionné auprès du Centre Médical et Maternité Q._____.

De plus, nous constatons que vous nous avez transmis trois reçus du Centre Médical et Maternité Q._____ dont celui indiquant le montant de 700.00 US\$ comporte le n° 68 et est daté du 11 octobre 2008. Ceux du 20 et 26 octobre 2008, respectivement de 750.00 et 648.00 US\$ mentionnent les nos 56 et 59, soit 12 et 9 numéros antérieurs mais avec des dates postérieures. Nous sommes en droit de nous poser des questions quant à la véracité de ces documents.

Nous constatons également que vous ne nous avez toujours pas remis une quelconque preuve de retrait d'argent et/ou d'emprunt comme indiqué dans notre décision notamment. Vous n'avez également pas fourni un document attestant le paiement de la note d'honoraires alléguée. Aussi, nous vous rappelons que l'article 28, chiffre 2 de [la] Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) stipule que celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues (obligation de collaborer). Partant, ceci est de nature à confirmer le bien-fondé de nos doutes quant à la prestation alléguée.

Au vu des éléments développés ci-dessus, nous avons toutes les raisons de croire que la note d'honoraires de 1'195'860.00 Francs CFA, soit Fr. 2'941.80 est fausse.

[...]

Par conséquent, nous vous confirmons notre refus de prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des frais découlant de votre séjour hospitalier du 9 au 27 octobre 2008 en République

Démocratique du Congo pour la somme de 1'195'860.00 Francs CFA, soit Fr. 2'941.80.»

B. Par acte du 1^{er} juillet 2010, L._____ a recouru contre cette décision, en concluant à la prise en charge des frais relatifs au séjour hospitalier du 9 au 27 octobre 2008 en République démocratique du Congo d'un montant de 1'195'860 francs CFA, soit 2'941 fr. 80. Il reprend l'argumentation développée dans son opposition du 30 octobre 2009.

Dans sa réponse du 30 septembre 2010, l'intimée conclut au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition entreprise. S'appuyant sur les renseignements recueillis par G._____, l'intimée relève que le dossier ne permet pas de tenir pour établis, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence des hospitalisations et soins litigieux du 8 au 27 octobre 2008. Outre que le Dr Y._____ déclare ne pas se rappeler avoir soigné le recourant ni avoir signé les différents documents qui portent son nom, les factures produites par le recourant doivent être considérées comme des documents de complaisance. Celui-ci n'a en effet pas été soigné dans le Centre Médical et Maternité Q._____, lequel est au surplus impropre à fournir le traitement facturé. De plus, le rapport médical présenté contenait des irrégularités d'ordre formel et contrevenait de ce fait à la réglementation nationale, dès lors qu'il n'avait pas été signé par trois médecins assermentés. Ces conclusions ont été confirmées par le Consul de l'Ambassade de Suisse en République démocratique du Congo, laquelle atteste de la probité de l'enquêteur connu de longue date. L'intimée s'étonne par ailleurs de ne pas trouver les dates d'hospitalisation sur plusieurs des documents qui lui ont été remis. Les indications fournies par le recourant lui-même sur ce point ne contribuent pas à lever les incertitudes puisque les dates exactes de son traitement divergent selon que l'on se fonde sur ses réponses au questionnaire de la caisse ou sur son opposition ainsi que son recours. Le recourant n'a pas non plus apporté la preuve effective du paiement de la facture pour un montant de 1'195'860 francs CFA, que cela soit par relevé de carte de crédit ou preuve d'un retrait d'argent en espèces. Le recourant a certes transmis à l'intimée trois reçus du Centre Médical et Maternité Q._____ mais les indications figurant sur ces documents conduisent

l'intimée à douter de leur véracité. En effet, des reçus portant une date postérieure au 11 octobre 2008 (date du premier reçu portant le numéro 68) comportent un numéro d'ordre antérieur (le reçu du 20 octobre 2008 porte le numéro 56 et celui du 26 octobre 2008 le 59). L'intimée déduit de ce qui précède que la facture présentée est certainement fausse et qu'il n'existe donc aucune obligation de s'acquitter du montant y figurant. Même s'il fallait considérer que celle-ci avait bien été émise, l'intimée ne saurait prendre en charge ces frais, dans la mesure où ceux-ci sont à son avis surfacturés. Le recourant le reconnaît en effet lui-même puisqu'il écrit que «les factures d'hospitalisation sont établies à la tête du patient surtout s'ils savent que vous résidez en Europe le montant de la facture est exorbitant». De plus, le coût du traitement médical et des médicaments pour une personne présentant les mêmes signes pathologiques que ceux décrits dans les documents, a été évalué à 250 dollars américains. Faute de respecter le principe d'économicité, le recourant ne peut donc prétendre au paiement de cette facture. L'intimée conclut de ce qui précède que c'est à bon droit qu'elle a refusé la prise en charge de la facture présentée par le recourant pour un montant de 1'195'860 francs CFA, soit 2'941 fr. 80, relative à des frais de traitement et d'hospitalisation du 9 au 27 octobre 2008 en République démocratique du Congo, au motif que la facture présentée était fausse et à tout le moins surfacturée.

Par écriture non datée reçue par la cour de céans le 30 septembre 2010, Me X._____, avocat à la Cour d'Appel de Kinshasa, a fait savoir qu'il avait été consulté par le recourant pour assurer la défense de ses intérêts dans le cadre de la présente procédure. Tout en reconnaissant les crises ayant affecté le système de santé congolais, il s'attache à réfuter les arguments de la caisse intimée. Il soutient que le Dr Y._____ a effectivement soigné le recourant dans un centre reconnu où il a reçu des soins appropriés à son état de santé. Il indique que le rapport médical signé par ce praticien ne présente aucune irrégularité de nature formelle et que chaque établissement hospitalier dispose d'une autonomie de gestion, ce qui explique que les tarifs des frais médicaux varient d'un établissement à l'autre. En cas de désaccord, il invite l'intimée à prouver le contraire. Pour appuyer ses allégations, il produit un document du 12

septembre 2010 dans lequel le Dr Y._____ atteste avoir soigné le recourant du 8 au 27 octobre 2008 au Centre Médical et Maternité Q._____. Ce document signé par ce praticien, établi en deux exemplaires, porte le timbre humide de l'établissement et celui du médecin.

Le 26 octobre 2010, le recourant a informé la cour de céans que le mémoire de Me X._____ constituait un complément à son recours. Il sollicite en outre l'audition de trois témoins domiciliés à Kinshasa et demande qu'ils soient convoqués à l'ambassade de Suisse en République démocratique du Congo à Kinshasa.

Le 30 novembre 2010, l'intimée a demandé que le mémoire de recours de Me X._____ lui soit communiqué afin qu'elle puisse se déterminer à son sujet. Elle estime en outre disproportionné de faire déplacer trois témoins depuis la République démocratique du Congo en Suisse. Des témoignages écrits devraient selon elle être suffisants. Par ailleurs, ceux-ci ne devraient être considérés que comme de simples allégations de parties, auxquelles il n'y a pas lieu d'accorder une valeur probante particulière. L'intimée renvoie pour le surplus à sa réponse du 30 septembre 2010 et maintient intégralement ses conclusions.

Se déterminant le 22 décembre 2010 sur l'écriture de Me X._____, l'intimée relève que celui-ci ne justifie pas de ses pouvoirs dans le cadre de la présente procédure. Elle se demande en outre s'il a qualité de représenter le recourant devant la juridiction de céans, dès lors qu'il n'est pas inscrit au Barreau vaudois. Quoi qu'il en soit, l'intimée rappelle que le rapport de G._____, jugé fantaisiste par Me X._____, a été confirmé par l'ambassade de Suisse en République démocratique du Congo, autorité officielle dont on ne saurait mettre en doute l'intégrité. L'intimée maintient donc ses conclusions et renvoie pour le surplus à son écriture du 30 septembre 2010.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable. Au surplus, l'acte de recours est signé, indique les conclusions et motifs du recours, comprend un exposé succinct des faits invoqués, et la décision attaquée y est jointe, conformément aux art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36). Il y a donc lieu d'entrer en matière. Point n'est dès lors besoin d'examiner la question de la justification du mandat de Me X. _____ dans le cadre de la présente procédure.

b) La LPA-VD, 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). La valeur litigieuse – qui s'élève à 2'941 fr. 80 – étant 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. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si un traitement a été effectué en octobre 2008 en République démocratique du Congo et, dans l'affirmative, s'il est à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

3. a) 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. 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. Faisant usage de cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 OAMal (ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832.102), intitulé "Prestations à l'étranger". Selon 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 d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre un traitement (al. 2). Les traitements effectués à l'étranger sont pris en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse (al. 4). Ce qui est donc déterminant, c'est que l'assuré ait subitement besoin et de manière imprévue d'un traitement à l'étranger; il faut que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (TF 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.2; TFA K 65/03 du 5 août 2003 consid. 2.1; Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd. 2007, n° 475 ss p. 560 s.).

b) Selon la jurisprudence, une exception au principe de la territorialité selon l'art. 36 al. 1 OAMal en corrélation avec l'art. 34 al. 2

LAMal n'est admissible que dans deux éventualités du point de vue de la LAMal: ou bien il n'existe aucune possibilité de traitement de la maladie en Suisse; ou bien il est établi, dans un cas particulier, qu'une mesure thérapeutique en Suisse, par rapport à une alternative de traitement à l'étranger, comporte pour le patient des risques importants et notablement plus élevés; il s'agira, en règle ordinaire, de traitements qui requièrent une technique hautement spécialisée ou de traitements complexes de maladies rares pour lesquelles, en raison précisément de cette rareté, on ne dispose pas en Suisse d'une expérience diagnostique ou thérapeutique suffisante; en revanche, quand des traitements appropriés sont couramment pratiqués en Suisse et qu'ils correspondent à des protocoles largement reconnus, l'assuré n'a pas droit à la prise en charge d'un traitement à l'étranger en vertu de l'art. 34 al. 2 LAMal (ATF 131 V 271 consid. 3.2; TF 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.1; RAMA 2003 n° KV 253 p. 229 consid. 2).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision 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; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1; 126 V 353 consid. 5b et les références; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 et les références). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1; 126 V 319 consid. 5a). S'il n'est pas possible d'établir un état de fait vraisemblablement conforme à la réalité, il est statué en défaveur de la partie qui entendait déduire un droit d'un état de fait demeuré sans preuve (ATF 115 V 133 consid. 8a).

4. En l'espèce, l'intimée soutient qu'aucun traitement n'a eu lieu, en se fondant sur le rapport établi le 21 septembre 2009 par G._____, complété le 12 mai 2010. Il convient dès lors d'apprécier, au degré de la vraisemblance prépondérante, si l'assuré a effectivement suivi un traitement à l'étranger, avant d'examiner, le cas échéant, la nécessité dudit traitement et la quotité de la facture litigieuse.

D'après les renseignements recueillis par l'intimée, le Dr Y._____ ne reconnaît pas avoir été consulté par le recourant pour le traitement des troubles annoncés. De plus, il nie avoir signé les différents documents qui portent son nom, c'est-à-dire l'attestation médicale et l'acte médical. En outre, le Centre Médical et Maternité Q._____ est impropre à fournir le traitement facturé et aucun élément ne permet de retenir que le recourant y aurait été soigné. Les documents remis par l'assuré à l'intimée ne sont pas non plus de nature à étayer ses allégations. Alors que le rapport médical en question a été signé par un seul médecin, le Dr P._____, président de l'ordre national des médecins congolais, a indiqué que, selon la réglementation congolaise en la matière, il aurait obligatoirement dû être signé par trois médecins assermentés pour être valable. Outre cette irrégularité d'ordre formel, le recourant a mentionné des dates d'hospitalisation différentes. Ainsi, en réponse au questionnaire de l'assureur, il a annoncé que le traitement avait eu lieu du 9 au 26 octobre 2008, alors que dans son opposition et son recours, il a indiqué les dates du 8 au 27 octobre 2008. Quant à la facture remise à l'intimée et aux attestations médicales du 27 octobre 2008 (attestation médicale et attestation de repos médical), aucune date d'hospitalisation ou de traitement ne figure sur ces documents. Le recourant n'a pas non plus apporté la preuve effective du paiement de la facture de soins d'un montant de 1'195'860 francs CFA, que cela soit par relevé de carte de crédit ou preuve d'un retrait d'argent liquide. De plus, aucun document produit ne confirme que le montant facturé a effectivement été encaissé par l'hôpital. Le recourant a certes transmis trois reçus du Centre Médical et Maternité Q._____ à l'intimée, mais cette dernière doute de leur authenticité. En effet, le reçu indiquant le montant de 700 dollars américains porte le n° 68 et est daté du 11 octobre 2008, tandis que ceux

des 20 et 26 octobre 2008, respectivement de 750 dollars et de 648 dollars américains, portent les numéros 56 et 59, soit des numéros antérieurs mais avec des dates postérieures.

On relèvera pour le surplus qu'il ne saurait guère être accordé de crédit au courrier du Dr Y. _____ daté du 12 septembre 2010 produit par Me X. _____ en annexe à son écriture. En effet, le rapport signé par le consul de l'Ambassade de Suisse en République démocratique du Congo le 10 mai 2010 souligne l'attitude contradictoire du Dr Y. _____. Après que celui-ci eut nié dans un premier temps avoir soigné le recourant, il a confirmé dans une correspondance du 7 janvier 2010 que tel a cependant été le cas. Invité une nouvelle fois à s'expliquer sur ce point, le Dr Y. _____ a fait part de son mécontentement et n'a pas été en mesure de montrer le dossier de l'assuré, prétextant une absence de l'archiviste. Or, un infirmier ayant souhaité conserver l'anonymat, a confirmé que le recourant n'avait jamais été soigné au Centre Médical et Maternité Q. _____ et que les documents présentés étaient des documents de complaisance. Preuve en était selon lui que le dossier de l'intéressé était en train d'être confectionné.

Au vu de ces seuls éléments, la caisse était fondée à douter de la véracité des documents présentés, le traitement que le recourant prétend avoir subi en République démocratique du Congo n'étant pas établi avec un degré de vraisemblance prépondérante suffisant. Dans ces conditions, la caisse n'était pas tenue de prendre en charge la facture présentée par le recourant pour un montant de 1'195'860 francs CFA. Il n'y a ainsi pas lieu d'examiner la question de l'urgence éventuelle du traitement. L'existence de l'hospitalisation du recourant ne pouvant être considérée comme établie au degré de la vraisemblance prépondérante, point n'est besoin d'examiner la nécessité du traitement allégué ni la quotité de la facture qui y serait relative.

5. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un

degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 125 I 127 consid. 6c/cc p. 135). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101) (SVR 2001 IV n° 10 p. 27 consid. 4b; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b p. 94; 122 V 157 consid. 1d p. 162 et l'arrêt cité; cf. aussi TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011).

En l'occurrence, l'instruction du dossier apparaissant suffisante, la requête du recourant tendant à l'audition de trois témoins doit être rejetée, les éléments au dossier étant clairs, dénués de contradiction et permettant à la Cour de statuer. De plus, le recourant ne soulève aucune question de fait ou de droit qui ne puisse être jugée de manière appropriée sur la base des pièces du dossier. Enfin, l'état de fait doit être considéré comme satisfaisant selon le degré de la vraisemblance prépondérante, de sorte qu'il y a lieu d'admettre que des mesures probatoires supplémentaires n'apporteraient pas d'éléments nouveaux.

6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision querellée. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la juge unique
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 1^{er} juin 2010 par la Caisse maladie suisse du bois et du bâtiment est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- M. L. _____,
- Caisse maladie suisse du bois et du bâtiment,
- Office fédéral de la santé publique,

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).

Le greffier :