

## VD\_FINDINFO AM 52/10 - 28/2013 vom 15. Juli 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-07-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AM\\_52\\_10\\_-\\_28\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AM_52_10_-_28_2013)

FR: VD\_FINDINFO AM 52/10 - 28/2013 du 15 juillet 2013

IT: VD\_FINDINFO AM 52/10 - 28/2013 del 15 luglio 2013

### Regeste

SOINS MÉDICAUX, HOSPITALISATION EXTRA-CANTONALE, HYDROCÉPHALIE  
| 41 al. 1bis LAMal, 41 al. 3 LAMal

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 15.07.2013 AM 52/10 - 28/2013

SOINS MÉDICAUX, HOSPITALISATION EXTRA-CANTONALE, HYDROCÉPHALIE  
| 41 al. 1bis LAMal, 41 al. 3 LAMal

TRIBUNAL CANTONAL AM 52/10 - 28/2013 ZE10.039184 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 15 juillet 2013 \_\_\_\_\_ Présidence de M. Métral Juges :

Mmes Thalmann et Di Ferro Demierre Greffier : M. Simon \*\*\*\*\* Cause pendante

entre : M. \_\_\_\_\_, à l'EMS G. \_\_\_\_\_, à Mies, recourant, agissant par sa fille  
D. \_\_\_\_\_, représentée par Me Christobal Orjales, avocat à Genève, et Service de la santé  
publique du canton de Vaud, à Lausanne, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 41 al. 1bis et al. 3

LAMal E n f a i t : A. M. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né le 27 août 1920, domicilié dans  
le canton de Vaud, a présenté dès la fin de l'année 2009 une démence d'origine  
indéterminée, avec un "mini-mental status" (MMS) de 16/30 en décembre 2009, une  
désorientation temporelle, une apraxie et un syndrome extrapyramidal. La situation s'est  
dégradée dans le courant du printemps 2010. Le 26 mars 2010, l'assuré a été hospitalisé au  
W. \_\_\_\_\_ (ci-après: le W. \_\_\_\_\_), sur le site de Nyon, pour une dermohypodermite  
du poignet gauche. Le diagnostic secondaire était celui de démence d'origine indéterminée.  
La dermohypodermite a évolué favorablement sous un traitement par co-amoxicilline  
intaveineuse, puis per os. Toutefois, constatant une démence importante (MMS 12/30), les  
médecins du W. \_\_\_\_\_ ont notamment pratiqué un scanner cérébral, le 31 mars 2010,  
qui a mis en évidence une atrophie cérébrale ainsi qu'une dilatation importante des cavités  
ventriculaires (tétra-ventriculaires), faisant suspecter une hydrocéphalie à pression normale,  
diagnostic à confirmer par des examens cliniques (rapport du 20 avril 2010 du docteur  
X. \_\_\_\_\_). Deux ponctions lombaires ont ensuite été réalisées, les 6 avril et 6 mai 2010,  
de respectivement 30 cc puis 60 cc. La première ponction n'a pas conduit à une  
amélioration des fonctions supérieures (MMS passant de 12/30 à 14/30 post ponction). La  
seconde ponction a conduit à une amélioration objective de la mobilité, selon une  
évaluation physiothérapeutique. Dans ce contexte, les médecins du W. \_\_\_\_\_ ont  
organisé une évaluation neurochirurgicale au Centre universitaire vaudois (CHUV; rapport  
du 18 juin 2010 des docteurs T. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_, médecins du W. \_\_\_\_\_,  
adressé au docteur B. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré). Le transfert a eu lieu le 18  
mai 2010, pour une nouvelle ponction lombaire et une évaluation de l'indication opératoire  
en vue de la pose d'une dérivation ventriculo-péritonéale (rapport de transmission du 21

mai 2010 du docteur V. \_\_\_\_\_ au docteur B. \_\_\_\_\_). Une nouvelle ponction lombaire, de 30 cc, a été effectuée le 18 mai 2010 au Service de neurochirurgie du CHUV, ainsi qu'un test de Berg en vue d'évaluer si la ponction améliorait l'équilibre du patient. Le résultat du test était de 7 après la ponction lombaire, contre 6 avant cette ponction. Constatant l'absence d'amélioration, les médecins du CHUV n'ont pas posé d'indication opératoire pour une dérivation du liquide céphalo-rachidien (rapport du 7 juin 2010 des docteurs J. \_\_\_\_\_, F. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_, adressé à la doctoresse V. \_\_\_\_\_, au W. \_\_\_\_\_, site de Nyon). L'assuré a été réhospitalisé le jour même au W. \_\_\_\_\_, site de Nyon, où il a séjourné jusqu'au 25 mai 2010. A cette date, il a été transféré à l'EMS G. \_\_\_\_\_, à Mies (ci-après: EMS G. \_\_\_\_\_). B. Par la suite, la situation s'est péjorée, l'assuré devenant de plus en plus somnolent, sans réaction et incapable de marcher. Le 22 juin 2010, le docteur H. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie et chirurgie du rachis à la Clinique [...], à [...], a examiné l'assuré à la demande de sa fille, D. \_\_\_\_\_, et du médecin consultant de l'EMS G. \_\_\_\_\_, la doctoresse N. \_\_\_\_\_. Dans un rapport adressé le 22 juin 2010 adressé à la doctoresse N. \_\_\_\_\_, le Dr H. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit: "[...] Ce patient présente une démence qui est mal déterminée, avec des troubles de désorientation, une apraxie, un syndrome extrapyramidal, une parésie faciale gauche, et un état de conscience qui semble relativement fluctuant. La situation n'était pas encore trop mauvaise jusqu'en début d'année, mais incontestablement d'après sa fille qui l'a accompagné, il s'est dégradé de manière importante ces derniers mois. Actuellement, il est en fauteuil roulant, on retrouve également des troubles sphinctériens et l'ensemble est tout à fait évocatif d'une éventuelle hydrocéphalie chronique de l'adulte. Ceci d'autant plus qu'il existe sur le scanner cérébral une dilatation ventriculaire importante, avec peut-être même des images de suffusions périventriculaires qui pourraient bien s'intégrer dans ce syndrome. Deux ponctions lombaires ont été réalisées avec des résultats un peu discordants, semble-t-il de manière très efficace toujours d'après sa fille à Nyon, de manière moins efficace au CHUV, et pour [c]es raisons l'indication chirurgicale [a] jusqu'ici été repoussée. A l'heure actuelle, il est difficile de se prononcer de manière définitive, je ne pense pas qu'il faille envisager d'emblée la mise en place d'une dérivation du liquide céphalo-rachidien, proposer une contre-indication est peut-être dommageable si jamais on peut l'améliorer et c'est pourquoi j'ai proposé à sa fille une nouvelle prise en charge avec une ponction lombaire réalisée sous neuroleptanalgie qui permet souvent d'être plus efficace dans l'évacuation du liquide céphalo-rachidien ce qui nous permettra de mieux juger de l'évolution post PL. [...]". Le 8 juillet 2010, le docteur H. \_\_\_\_\_ a pratiqué une ponction lombaire, avec évacuation de 60 cc de liquide céphalo-rachidien. Le 15 juillet suivant, il a écrit ce qui suit à la doctoresse N. \_\_\_\_\_: "[...] Je viens de discuter téléphoniquement avec la fille de Monsieur M. \_\_\_\_\_ pour lequel la PL réalisée récemment dans de bonnes conditions et avec une évacuation d'environ 60 à 80% de LCR a donné une amélioration spectaculaire. D'après la famille il est beaucoup plus présent, et il a été complètement transformé de manière bénéfique par ce geste évacuateur. A l'heure actuelle je pense qu'il est logique d'envisager la mise en place d'une dérivation du LCR, et je lui ai donc proposé de prendre rendez-vous avec le service de neurochirurgie de l'hôpital de Genève car malheureusement pour des questions d'asséculoogie je ne peux pas le gérer. [...]". Le 31 août 2010, le docteur H. \_\_\_\_\_ a adressé l'assuré au docteur Z. \_\_\_\_\_, chef du Service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires genevois (HUG), en précisant ceci: "[...] J'aurai[s] souhaité que vous puissiez voir en consultation Monsieur M. \_\_\_\_\_ qui pose le problème d'une dilatation ventriculaire évolutive, dans le cadre d'une hydrocéphalie

chronique de l'adulte. Une ponction lombaire avait été effectuée dans de mauvaises conditions sans pouvoir réaliser véritablement d'évacuation et je l'ai donc repris en charge le 08 juillet avec cette fois-ci évacuation de plus de 60cc d'un LCR clair dont l'analyse cytochimique et bactériologique n'a pas mis en évidence d'anomalie. Il a été très nettement amélioré dans les suites, avec un patient qui est un peu absent, mais qui avait retrouvé toute sa lucidité surtout une nette amélioration des troubles de la marche. La discussion est celle d'une éventuelle chirurgie de dérivation, qui me semble tout à fait intéressante et je te remercie de ton avis. [...]". Le docteur Z.\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré le 7 septembre 2010 et a relevé la présence d'une hydrocéphalie. Il a proposé une nouvelle hospitalisation ainsi qu'une IRM, avant de pouvoir se prononcer quant à une intervention de type dérivation ventriculo-péritonéale ou une ventriculostomie du 3<sup>ème</sup> ventricule par un abord endoscopique. Le 11 octobre 2010, la doctoresse N.\_\_\_\_\_ a adressé au Service de la santé publique du canton de Vaud (ci-après: le SSP) une demande de garantie de paiement pour un traitement extra-cantonal aux HUG. Par décision du 11 octobre 2010, le SSP a refusé la garantie de paiement, au motif que le traitement envisagé pouvait être suivi dans le canton de Vaud. L'assuré a néanmoins été hospitalisé au Service de neurochirurgie des HUG, le 14 octobre 2010, pour y être opéré le lendemain. Le diagnostic posé à l'entrée était celui d'hydrocéphalie à pression normale et l'examen clinique d'entrée a conduit aux constatations suivantes, selon le rapport de sortie du 21 octobre 2010 établi par les docteurs O.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ : "Glasgow Coma Scale 13. Patient confus. Désorienté dans le temps et l'espace. Réponse aux ordres simples mais troubles des fonctions exécutives importantes. Marche impossible, en rétropulsion. Nerf crânien dans les limites de la norme. Il bouge symétriquement les quatre membres. Réflexes ostéotendineux vifs et symétriques. réflexe cutané plantaire en flexion". Le 15 octobre 2010, l'assuré s'est soumis à une opération de pose d'une dérivation ventriculopéritonéale. L'évolution est décrite comme suit dans le rapport de sortie: "L'évolution en postopératoire est globalement favorable, le patient reste apyrétique durant l'ensemble de son séjour. [...] Pas de douleurs évoquée[s] en postopératoire. Il persiste néanmoins une désorientation spatio-temporelle. Il répond aux ordres simples. La remobilisation par physiothérapie est possible dès J2 avec une marche qui reste cependant difficile. [...]". A l'examen clinique de sortie, les médecins ont procédé aux constatations suivantes: "Glasgow Coma scale 13. Désorienté dans le temps et l'espace. Déficit des fonctions exécutives. Rigidité des membres supérieurs et inférieurs des deux côtés. [S]uperposable avec le status préopératoire. Augmentation des réflexes des deux côtés. [P]as de déficit sensitif ou moteur". C. Le 18 octobre 2010, D.\_\_\_\_\_ a contesté le refus de garantie de paiement pour le traitement extra-cantonal aux HUG, prononcé le 11 octobre 2010 par le SSP. Elle a exposé que le choix de suivre le traitement aux HUG résultait du "refus du CHUV de faire l'intervention demandée par le W.\_\_\_\_\_ de Nyon le 18 mai de cette année". Elle a ajouté qu'à la suite de ce refus, elle avait demandé que son père soit vu par le neurochirurgien de la Clinique [...], qui lui avait refait une ponction "car il devenait urgent de le soulager". Face aux résultats spectaculaires, le docteur H.\_\_\_\_\_ avait transmis le dossier au docteur Z.\_\_\_\_\_, neurochirurgien aux HUG, qui avait confirmé l'hospitalisation. L'état de son père ayant déjà commencé à se dégrader depuis plus d'une année, elle attendait avec impatience la solution qui mettrait fin à son calvaire au plus vite. L'opération, pose d'un drain, avait réussi et l'amélioration de son état augmentait chaque jour. Par télécopie du 20 octobre 2010, la doctoresse N.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux question que lui avait adressé le SSP, sur un formulaire intitulé "Demande de reconsidération. Demande de garantie de paiement pour

hospitalisations hors canton": "Pourquoi avez-vous adressé M. D. \_\_\_\_\_ aux HUG et pas au CHUV ? Parce que le CHUV avait refusé l'intervention envisagée. Etait-ce le choix du patient/de sa famille ou d'un autre médecin d'opérer M. D. \_\_\_\_\_ aux HUG ? [...] Dr. H. \_\_\_\_\_, Clinique de [...] [...]". Le questionnaire comportait la mention suivante, à laquelle la doctoresse N. \_\_\_\_\_ n'a pas donné suite: "Si le motif d'hospitalisation est pour raisons médicales, veuillez préciser ces raisons par un rapport médical". Le 19 octobre 2010 également, le SSP a demandé au docteur J. \_\_\_\_\_ de confirmer l'information donnée par la fille de l'assuré, d'après laquelle le CHUV aurait refusé de pratiquer l'opération demandée (pause d'un drain). Le docteur J. \_\_\_\_\_ a répondu, par la même voie: "[...] Je vous confirme que ce patient a séjourné dans notre service le 18 mai 2010 pour un bilan de mise au point dans le cadre d'une suspicion d'hydrocéphalie normotensive. A l'issue du bilan, ce diagnostic, y compris le test d'évaluation de réponse à un drainage, n'a pas été confirmé, raison pour laquelle nous n'avons pas retenu l'indication de pose de drain (il ne s'agit donc pas d'un refus). Le patient a ensuite été transféré à l'hôpital de Nyon, et une lettre de sortie résumant ce séjour leur a été adressée. [...]". Par décision sur réclamation du 27 octobre 2010, le SSP a maintenu son refus de garantie de paiement pour le traitement hospitalier extra-cantonal suivi par l'assuré aux HUG dès le 14 octobre 2010. Le 6 décembre 2010, le docteur R. \_\_\_\_\_, médecin adjoint au Service de neurochirurgie des HUG, a écrit ce qui suit à la doctoresse N. \_\_\_\_\_: "[...] J'ai revu aujourd'hui en consultation postopératoire de contrôle ce patient de 90 ans, opéré le 15.10.2010 pour mise en place d'une dérivation ventriculo-péritonéale en raison d'une hydrocéphalie à pression normale. Même si cette dernière n'est probablement qu'une composante du tableau clinique, une amélioration clinique s'est produite avec amélioration de l'éveil et marche possible avec aide. L'évolution favorable semble également se poursuivre [...]. J'ai expliqué à la fille de Monsieur M. \_\_\_\_\_ que la dérivation n'allait pas normaliser l'état de son père et que nous restions à disposition si une détérioration se reproduisait pour un éventuel réglage de la valve. [...]". Les examens de contrôles effectués ultérieurement ont confirmé cette amélioration (rapports des 9 février, 15 mars, 19 avril et 6 juin 2011 du docteur R. \_\_\_\_\_, adressés à la doctoresse N. \_\_\_\_\_). D. Par acte du 26 novembre 2010, l'assuré, agissant par sa fille, elle-même représentée par Me Cristobal Orjales, a interjeté un recours de droit administratif auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du SSP du 27 octobre 2010. Avec suite de frais et dépens, il conclut principalement à la réforme de cette décision en ce sens que la garantie de paiement lui soit délivrée pour le traitement extra-cantonal suivi aux HUG dès le 14 octobre 2010, et subsidiairement au renvoi de la cause au SSP pour complément d'instruction et nouvelle décision. L'intimé a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens, au terme de sa détermination du 31 janvier 2011. Par réplique du 24 février 2011 et duplique du 8 mars 2011, le recourant et l'intimé ont confirmé leurs conclusions. Le recourant ayant demandé l'audition de plusieurs médecins comme témoins, le tribunal a informé les parties du fait que ces témoignages seraient requis par écrit, dans un premier temps tout au moins. Les parties ont pu produire les questions qu'elles souhaitaient voir posées aux médecins. Le recourant a toutefois renoncé à déposer des questions au docteur J. \_\_\_\_\_, souhaitant le voir interrogé exclusivement oralement. Le 25 avril 2012, le tribunal a confirmé son intention d'entendre d'abord le docteur J. \_\_\_\_\_ par écrit, avant d'examiner si son témoignage oral serait nécessaire; il a invité une seconde fois le recourant à lui remettre les questions qu'il souhaitait voir posées au témoin. Le recourant y a renoncé, le 7 mai 2012, en exposant qu'il exigeait l'audition orale du docteur J. \_\_\_\_\_ et réservait ses droits en cas

de refus par le tribunal. Le 21 juin 2012, les docteurs Z.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ ont répondu par écrit au questionnaire que leur avait adressé le tribunal. Ils ont exposé que l'assuré avait été vu en consultation ambulatoire par le docteur Z.\_\_\_\_\_ à la demande de D.\_\_\_\_\_ et du docteur H.\_\_\_\_\_. Ce dernier préconisait une dérivation ventriculo-péritonéale contrairement à une précédente évaluation qui avait été faite au CHUV le 18 mai 2010, où l'indication opératoire avait semble-t-il été écartée. Au moment où l'assuré avait été adressé aux HUG, son état de santé ne pouvait pas vraiment être assimilé à une situation d'urgence, dans la mesure où la dégradation de cet état de santé était progressive. Mais elle était arrivée à un point tel que le patient était cloué dans sa chaise roulante, de sorte que l'attitude de D.\_\_\_\_\_, qui était allée frapper à la porte des HUG puisque celle du CHUV semblait fermée, était compréhensible. Dans l'hydrocéphalie à pression normale, on pouvait admettre d'une façon générale que plus la durée du délai de prise en charge augmentait, moins bon était le pronostic. Physiopathologiquement, une dilatation ventriculaire non traitée pendant six mois de plus provoquait certainement des lésions cérébrales irréversibles supplémentaires, qui pouvaient toutefois être minimes et difficiles à quantifier sur le plan clinique. Dans ces circonstances, il était envisageable de solliciter une nouvelle fois le point de vue du CHUV avant d'opérer l'assuré à Genève, mais "en pratique, le CHUV avait semble-t-il déjà émis un avis motivé qui semblait comme définitif à Mme D.\_\_\_\_\_ à laquelle le Docteur H.\_\_\_\_\_ a conseillé de prendre contact aux HUG". Les docteurs Z.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ ont indiqué qu'il était impossible de répondre, dans un cas particulier, à la question de savoir si une intervention pratiquée le 18 mai 2010 plutôt que le 14 octobre 2010 aurait conduit à une évolution plus favorable de l'état de santé du patient; on pouvait seulement dire que "statistiquement, si on opérât 100 Monsieur M.\_\_\_\_\_ le 18 mai 2010 et 100 autres le 14 octobre 2010, le pronostic serait en moyenne meilleur dans le groupe des patients opérés plus tôt". Enfin, invités à préciser si leur avis relatif à la nécessité d'une intervention pour la pose d'un drain aurait été le même s'ils avaient examiné l'assuré le 18 mai 2010, les docteurs Z.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ ont répondu ce qui suit: "Nous pensons que oui car, à notre avis, il suffit que, dans les antécédents du patient, on retrouve clairement le fait qu'une ponction lombaire l'ait amélioré. En effet, une ponction lombaire avait déjà été pratiquée au W.\_\_\_\_\_ en mars 2010 et avait amené une amélioration immédiate. L'indication à la pose du drain ventriculo-péritonéal pouvait donc être posée déjà à ce moment-là. Le Docteur H.\_\_\_\_\_ a re-pratiqué une ponction lombaire pour trancher entre celle efficace du W.\_\_\_\_\_ hol et celle négative du CHUV. La ponction lombaire du Docteur H.\_\_\_\_\_ a nettement amélioré Monsieur D.\_\_\_\_\_, renforçant l'indication à la mise en place d'un drain. Après cette intervention pratiquée aux HUG le 15 octobre 2010, l'évolution de Monsieur D.\_\_\_\_\_ a été extrêmement favorable". Le 23 juin 2012, le Dr H.\_\_\_\_\_ a adressé le courrier suivant au tribunal: "[...] J'ai pris en charge ce patient à la demande de sa fille Madame D.\_\_\_\_\_, pour une première consultation le 22 juin 2010 et compte tenu de son état clinique et de son bilan radiologique, j'ai programmé une ponction lombaire qui a été réalisée le 08 juillet 2010 et qui a permis une nette amélioration de l'état clinique du patient. J'ai donc adressé ce patient aux HUG, plutôt qu'au CHUV, car il avait déjà été adressé à cet Hôpital et le diagnostic d'hydrocéphalie chronique et par la même une éventuelle décision d'intervention avait été formellement récusés. Lors de son orientation vers les HUG son état de santé n'était pas assimilable à une situation d'urgence, même s'il nécessitait un avis rapide. En effet selon l'angle de la vraisemblance prépondérante, une absence prolongée de traitement était tout à fait à même de provoquer une péjoration de l'état de santé du patient,

voire des lésions irréversibles. Compte tenu du refus du CHUV d'envisager une éventuelle intervention, malgré les demandes du médecin traitant, il ne m'a semblé ni envisageable, ni souhaitable de solliciter une nouvelle fois leur point de vue et j'ai préféré agir au mieux du patient sur le plan médical. Il est impossible de savoir, si l'intervention avait été réalisée le 18 mai 2010 en lieu et place du 14 octobre 2010, si son état de santé aurait évolué plus favorablement, on peut simplement souligner que le délai de récupération aurait certainement été plus court. Si j'avais examiné Monsieur D. \_\_\_\_\_ le 18 mai 2010 en lieu et place du 08 juillet 2010, mon avis relatif à la nécessité d'une intervention et pose de drain aurait été tout à fait le même. Enfin l'état de santé de Monsieur M. \_\_\_\_\_, n'a pas été péjoré, de manière telle que cela permette d'expliquer pourquoi l'indication de pose de drain n'a pas été retenue par le CHUV le 18 mai 2010 alors que je l'ai retenue le 08 juillet 2010. Cette indication a été motivée par le résultat très positif de la ponction lombaire évacuatrice qui avait notablement amélioré ce patient pendant plus de 8 jours, cela étant constaté par les différents soignants. [...]". Les 26 juin 2012 et 21 septembre 2012, en réponse aux questions qui lui étaient adressées par écrit, la doctoresse N. \_\_\_\_\_ a confirmé avoir rempli la demande de garantie de paiement des frais d'hospitalisation extra-cantonale, adressée au SSP le 11 octobre 2010. Elle en a confirmé la teneur et a répondu par l'affirmative à la question de savoir si le CHUV avait refusé de poser une dérivation du liquide céphalo-rachidien. Elle a confirmé que l'assuré avait été adressé aux HUG à la suite de ce refus. Son état de santé était alors assimilable à une situation d'urgence, une absence prolongée de traitement pouvant probablement provoquer une péjoration de l'atteinte à la santé du patient, voire des lésions irréversibles. A la question de savoir si, dans ces circonstances, il était envisageable ou souhaitable de solliciter une nouvelle fois le point de vue du CHUV avant d'adresser l'assuré aux HUG, la doctoresse N. \_\_\_\_\_ a répondu que la situation se péjorait et qu'il n'était pas souhaitable d'attendre encore. A la question de savoir si l'état de santé de l'assuré aurait évolué plus favorablement si l'opération avait été effectuée le 18 mai 2010, en lieu et place du 14 octobre 2010, la doctoresse N. \_\_\_\_\_ a répondu qu'il était évident que la situation entre mai et octobre 2010 s'était fortement péjorée. L'assuré devenait de plus en plus somnolent, aréactif et incapable de marcher. Après son retour du CHUV, son état de santé avait évolué. Enfin, à la question de savoir si cette évolution avait pu, cas échéant, justifier de revoir le diagnostic posé par le CHUV à l'époque, ainsi que l'indication opératoire, la doctoresse N. \_\_\_\_\_ a répondu que tel était en tout cas l'avis du Dr H. \_\_\_\_\_. Le 11 juillet 2012, la doctoresse V. \_\_\_\_\_ a répondu par écrit aux questions qui lui avaient été adressées. Elle a confirmé être l'auteur du rapport de transmission du 21 mai 2010 du docteur V. \_\_\_\_\_ au docteur B. \_\_\_\_\_, figurant au dossier, ainsi que la teneur de ce rapport. Elle a exposé avoir adressé l'assuré au CHUV pour la mise en place d'une dérivation ventriculo-péritonéale pour traitement d'une hydrocéphalie à pression normale. A la question de savoir si les médecins du CHUV avaient refusé de pratiquer cette intervention, elle a répondu qu'ils n'avaient pas retenu d'indication opératoire. Après le retour de l'assuré du CHUV, son état de santé avait encore évolué. A la question de savoir si cette évolution avait pu justifier de revoir le diagnostic posé au CHUV à l'époque, ainsi que l'appréciation de l'indication opératoire, la doctoresse V. \_\_\_\_\_ a répondu: "Oui, de manière possible. A cet effet, nous avons suggéré à la famille de prendre un deuxième avis". Le 3 août 2012, le docteur J. \_\_\_\_\_ a répondu par écrit au questionnaire qui lui avait été adressé. Il a exposé que le CHUV n'avait pas posé d'indication opératoire pour la pose d'un drainage du liquide céphalo-rachidien en raison de l'absence d'amélioration après mise au point avec test

prédictif par ponction lombaire (raison de son hospitalisation). En réponse à la question de savoir s'il avait communiqué au patient, à son médecin traitant ou à sa famille, d'une manière ou d'une autre, qu'il s'agissait d'un refus de pratiquer cette intervention, le docteur J. \_\_\_\_\_ s'est référé au rapport médical du 7 juin 2010 envoyé à la doctoresse V. \_\_\_\_\_. Il n'y avait par la suite plus eu de suivi par le CHUV, de sorte que le docteur J. \_\_\_\_\_ n'a pas pu préciser si l'état de santé de l'assuré avait évolué. Il n'avait pas été informé de nouvelles ponctions lombaires pratiquées par le docteur H. \_\_\_\_\_, ni du fait que le diagnostic d'hydrocéphalie, ainsi qu'une indication opératoire, étaient à nouveau évoqués. A la question de savoir si cette évolution aurait pu justifier de revoir le diagnostic posé par le CHUV à l'époque ainsi que l'appréciation de l'indication opératoire, le docteur J. \_\_\_\_\_ a répondu: "Oui, de manière certaine quant à revoir la situation". Le tribunal a communiqué ces réponses aux parties en leur impartissant un délai pour poser d'éventuelles questions complémentaires. Les parties y ont renoncé, le recourant renouvelant toutefois sa requête d'audition orale du docteur J. \_\_\_\_\_. Le 13 mai 2013, le tribunal a rejeté cette requête, de même qu'une demande du recourant tendant à la production du cd-rom contenant les images du scanner cérébral pratiqué le 31 mars 2010. Il a informé les parties du fait que la cause paraissait en état d'être jugée et du fait que sauf nouvelle réquisition dans un délai au 3 juin 2013, un jugement serait rendu. Les parties n'ont pas déposé de nouvelle réquisition.

**E n d r o i t :** 1. En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49 a jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence (art. 41 al. 1bis LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10]). Selon cette disposition, l'assuré peut choisir de se faire hospitaliser hors de son canton de résidence, mais risque de devoir supporter, dans ce cas, la différence entre le tarif du traitement hospitalier extra-cantonal et le tarif qui aurait été appliqué dans le canton de résidence. Cette réserve n'est toutefois pas applicable si le traitement extra-cantonal ne résulte pas d'un choix personnel de l'assuré, mais s'impose pour des raisons médicales. En effet, selon l'art. 41 al. 3 LAMal, si pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, l'assureur et le canton de résidence prennent à leur charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49 a . A l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire. 2. En l'espèce, statuer sur la garantie cantonale refusée par l'intimé revient à déterminer si le canton de Vaud doit assumer la différence de tarif pour l'hospitalisation aux HUG par rapport à celle qui aurait résulté d'une hospitalisation au CHUV, en application de l'art. 41 al. 3 LAMal, ou s'il peut laisser l'assuré supporter cette différence de tarif, en application de l'art. 41 al. 1bis LAMal. Tel est l'objet du litige. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer conformément aux art. 2 al. 1 DVLAMal (décret relatif à l'application dans le canton de Vaud de l'art. 41, alinéa 3, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 23 septembre 1997; RSV 832.071) et 93 al. 1 let. b LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36). La procédure est régie par la LPA-VD et relève de la compétence d'une Cour à trois juges, indépendamment de la valeur litigieuse (art. 2 al. 2 DVLAMal; cf. également ATF 138 V 377). Les autres conditions de recevabilité prévues par les art. 74 ss LPA-VD (en relation avec l'art. 99) et l'art. 95 LPA-VD sont remplies. 3. Le recourant soutient que

son hospitalisation aux HUG était nécessaire pour des raisons médicales. En effet, les médecins du CHUV avaient refusé de procéder à l'opération pour laquelle il a été hospitalisé, qui était pourtant nécessaire. Par ailleurs, cette opération était devenue urgente au vu de l'évolution de son état de santé depuis le 18 mai 2010. a) Aux termes de l'art. 41 al. 3bis LAMal, sont réputés raisons médicales au sens des al. 2 et 3 de l'art. 41 LAMal le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies: a. au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire; b. dans un hôpital répertorié du canton de résidence de l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier. Un cas d'urgence est réalisé lorsque des soins médicaux doivent être administrés sans tarder alors que l'assuré se trouve hors de son canton de résidence et qu'il n'est pas possible ou pas approprié de lui imposer de retourner dans son canton de résidence (art. 36 al. 2 OAMal [ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102], par analogie), ou lorsque l'assuré se trouve certes dans son canton de résidence au moment où le traitement devient nécessaire, mais que ce traitement ne peut pas être pratiqué en temps utile dans ce canton (ATF 138 V 510 consid. 5). b) La jurisprudence a notamment considéré qu'une hospitalisation extra-cantonale était nécessaire pour des raisons médicales lorsque le seul médecin disponible dans le canton de résidence pour pratiquer une opération médicalement indiquée refusait son concours pour cette intervention. Elle a en revanche nié la nécessité d'un traitement extra-cantonal lorsque celui-ci avait été choisi par un assuré qui avait perdu confiance dans le médecin traitant disponible dans le canton de résidence (ATF 127 V 138 consid. 4c/cc, avec les références citées). 4. a) En l'espèce, il ressort des documents médicaux au dossier et des témoignages recueillis qu'un scan-cérébral réalisé le 31 mars 2010 avait mis en évidence une "discrète atrophie cortico-sous-corticale en discordance avec une dilatation des cavités ventriculaires (tétraventriculaires) faisant suspecter une hydrocéphalie à pression normale" (rapport du 20 avril 2010 du docteur X.\_\_\_\_\_, radiologue). Une corrélation aux données cliniques était indispensable avant de poser le diagnostic d'hydrocéphalie. Les données cliniques étant compatibles avec ce diagnostic, deux ponctions lombaires ont été réalisées les 6 avril et 6 mai 2010. A la suite de la première ponction, les médecins du W.\_\_\_\_\_ n'ont pas retenu le diagnostic d'hydrocéphalie à pression normale, en l'absence d'amélioration durable. La seconde ponction lombaire ayant conduit à une nette amélioration de la mobilité, les médecins du W.\_\_\_\_\_ ont contacté le CHUV pour que l'assuré soit reçu pour une consultation neurochirurgicale et qu'une nouvelle évaluation du diagnostic et de l'indication opératoire soit effectuée, notamment sur la base des résultats d'une nouvelle ponction lombaire. Le 18 mai 2010, l'assuré a donc été convoqué au CHUV et s'est soumis à une ponction lombaire. En l'absence d'amélioration constatée à la suite de cette ponction, les médecins n'ont pas posé d'indication médicale à la pose d'une dérivation ventriculo-péritonéale, de sorte que l'assuré a été à nouveau hospitalisé au W.\_\_\_\_\_, puis transféré à l'EMS G.\_\_\_\_\_. Contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait voir dans l'absence d'indication opératoire posée par les médecins du CHUV un refus définitif d'opérer l'assuré. La situation médicale était peu claire et le Service de neurochirurgie du CHUV était chargé de procéder à sa propre évaluation de l'indication opératoire puis, cas échéant de la pratiquer. Le résultat des ponctions lombaires pratiquées revêtait une importance déterminante. Le rapport du 22 juin 2010 du docteur H.\_\_\_\_\_, adressé à la doctoresse N.\_\_\_\_\_, démontre d'ailleurs que du point de vue de ce médecin également, une contre-indication à l'opération n'était pas exclue et qu'elle pouvait être dommageable, raison pour laquelle le docteur H.\_\_\_\_\_ a souhaité procéder à une nouvelle ponction lombaire, cette fois sous

neuroleptanalgésie, ce qui permettait souvent une évacuation plus efficace du liquide céphalo-rachidien. Entre le 18 mai et le 8 juillet 2010, date de cette nouvelle ponction lombaire, l'état de santé de l'assuré a empiré. La ponction a toutefois permis d'y remédier provisoirement et d'apporter une nette amélioration. Il ne fait pas de doute, dans ce contexte, que le CHUV aurait accepté de procéder à une nouvelle évaluation de l'indication opératoire, sur la base des renseignements figurant dans le compte rendu opératoire du 8 juillet 2010 du docteur H. \_\_\_\_\_, ainsi que dans ses rapports du 22 juin 2010 adressé à la doctoresse N. \_\_\_\_\_ et du 31 août 2010 adressé au docteur Z. \_\_\_\_\_. Le 3 août 2012, le docteur J. \_\_\_\_\_ a d'ailleurs répondu que ces circonstances auraient conduit le CHUV, de manière certaine, à revoir la situation. Rien ne permet de considérer que cette réévaluation n'aurait pas été conduite avec objectivité, ni que les médecins du CHUV auraient été moins compétents que ceux des HUG pour y procéder. Néanmoins, le docteur H. \_\_\_\_\_, en accord avec la fille de l'assuré, qui était sa représentante thérapeutique, a adressé le recourant au docteur Z. \_\_\_\_\_, médecin aux HUG; par la suite, l'hospitalisation pour la pose d'une dérivation du liquide céphalo-rachidien a eu lieu aux HUG, sans accord préalable de l'intimé. Les médecins du CHUV n'ont plus été consultés, ni même informés de l'amélioration constatée après la ponction lombaire pratiquée le 8 juillet 2010. L'hospitalisation extra-cantonale résulte donc bien d'un choix personnel du recourant et n'était pas nécessitée par des raisons médicales au sens de l'art. 41 al. 3bis let. b LAMal. La consultation du cd-rom contenant le résultat du scan-cérébral du 31 mars 2010 ou le témoignage oral, sous serment, du docteur J. \_\_\_\_\_, expressément demandé par le recourant, ne sont pas de nature à modifier cette appréciation. Aucun médecin ne soutient que le scan-cérébral permettrait de conclure à une hydrocéphalie normotensive et de poser une indication opératoire indépendamment du résultat des ponctions lombaires. Par ailleurs, l'avis des docteurs Z. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, émis a posteriori, d'après lequel la seule amélioration constatée après une ponction lombaire pratiquée au W. \_\_\_\_\_ en mars 2010 [recte: mai 2010] suffisait à poser une indication opératoire (réponse du 21 juin 2012 au questionnaire du tribunal) – ce qui laisse sous-entendre que les médecins du CHUV auraient déjà dû, sur la base des éléments connus à l'époque, poser l'indication opératoire sans même pratiquer eux-mêmes une nouvelle ponction lombaire – est contredit non seulement par les avis médicaux des médecins du CHUV, mais également par celui du docteur H. \_\_\_\_\_, émis dans sa lettre du 22 juin 2010 adressée à la doctoresse N. \_\_\_\_\_ ("je ne pense pas qu'il faille envisager d'emblée la mise en place d'une dérivation du liquide céphalo-rachidien, proposer une contre-indication est peut-être dommageable si jamais on peut l'améliorer"). En réalité, c'est bien l'amélioration constatée après la ponction lombaire du 8 juillet 2010 qui a conduit de manière décisive les docteurs H. \_\_\_\_\_, puis Z. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, à poser une indication opératoire. Pour ces motifs, il convient de renoncer à l'administration des moyens de preuve requis par le recourant. On observera d'ailleurs que si le recourant a renoncé à formuler des questions écrites au docteur J. \_\_\_\_\_, ce choix ne saurait justifier d'entendre ce médecin en audience pour y suppléer. Le seul motif invoqué pour justifier une telle comparution ne convainc pas, les réponses du docteur J. \_\_\_\_\_ étant certes brèves, mais nullement alambiquées. L'hypothèse d'un faux témoignage par ce médecin ne paraît par ailleurs pas vraisemblable dans les circonstances du cas d'espèce, de sorte que son audition sous serment ne s'impose pas. Enfin, il faut souligner que la comparution systématique des médecins consultés dans les procédures en matière d'assurance sociale, en particulier des médecins d'hôpitaux de pointe, entraverait sérieusement la mission principale de soins dont ils sont chargés. Il est

donc préférable de limiter cette comparution aux cas dans lesquels elle revêt une véritable utilité pour l'établissement des faits. b) Le recourant soutient que l'urgence de l'opération pratiquée aux HUG justifiait le choix d'une hospitalisation extra-cantonale. Sur ce point également, son argumentation ne convainc pas. En effet, le docteur H. \_\_\_\_\_ a suggéré de consulter le docteur Z. \_\_\_\_\_, vu l'amélioration constatée de l'état de santé de son patient après la ponction lombaire pratiquée le 8 juillet 2010, en date du 15 juillet 2010 déjà (lettre du 15 juillet 2010 adressée à la doctoresse N. \_\_\_\_\_). Ce n'est toutefois que le 31 août 2010 qu'il a écrit au docteur Z. \_\_\_\_\_ pour lui adresser formellement son patient. L'assuré a été examiné par le Dr Z. \_\_\_\_\_ le 7 septembre 2010 et il a été convoqué pour une hospitalisation aux HUG le 14 octobre 2010, qui a été effectuée le lendemain. En d'autres termes, trois mois se sont écoulés entre la suggestion d'une hospitalisation par le docteur H. \_\_\_\_\_ et cette hospitalisation. Aucun indice au dossier ne permet de constater qu'un délai plus important aurait été nécessaire pour une nouvelle consultation et une nouvelle hospitalisation au CHUV, compte tenu des nouvelles constatations du docteur H. \_\_\_\_\_, alors que 12 jours seulement s'étaient écoulés entre la ponction lombaire du 6 mai 2010 au W. \_\_\_\_\_ et la consultation neuropsychologique du 18 mai 2010 au CHUV. Selon toute vraisemblance, une nouvelle consultation au CHUV, demandée rapidement après le 15 juillet 2010, n'aurait pas même retardé de manière notable la consultation du docteur Z. \_\_\_\_\_ pour obtenir un autre avis médical s'il était souhaité. Quoiqu'il en soit, rien ne permet de constater que cet autre avis était nécessaire, alors même que le CHUV n'avait plus été consulté depuis le 18 mai 2010. 5. Vu ce qui précède, les conclusions du recourant sont mal fondées. Le recours doit donc être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée rendue par le SSP. Aux termes de l'art. 45 LPA-VD, les autorités peuvent percevoir un émolument et des débours en recouvrement des frais occasionnés par l'instruction et la décision, hormis dans les cas où la loi prévoit la gratuité. En procédure de recours, les frais sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il convient par conséquent de mettre les frais de justice à la charge du recourant, qui succombe, étant précisé que l'art. 61 let. a LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) n'est pas applicable à la présente procédure (ATF 130 V 215 consid. 5 et 6.3.2). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 27 octobre 2010 par le Service de la santé publique du canton de Vaud est confirmée au sens des considérants. III. Les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) et mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Christobal Orjales, avocat à Genève (pour M. \_\_\_\_\_) ■ Service de la santé publique du canton de Vaud - 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 :