

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2010 / 1330 vom 17. September 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-09-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2010\\_\\_1330](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2010__1330)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2010 / 1330 du 17 septembre 2010

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2010 / 1330 del 17 settembre 2010

### Regeste

TRAITEMENT HOSPITALIER, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE, MALADIE DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES | 32 LAMal, 33 al. 1 LAMal, 33 al. 3 LAMal, 41 al. 2 LAMal, 41 al. 2 let. b LAMal, 41 al. 3 LAMal, 33 let. a OAMal, 33 let. c OAMal, 1 OPAS

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 17.09.2010 Arrêt / 2010 / 1330

TRAITEMENT HOSPITALIER, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE, MALADIE DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES | 32 LAMal, 33 al. 1 LAMal, 33 al. 3 LAMal, 41 al. 2 LAMal, 41 al. 2 let. b LAMal, 41 al. 3 LAMal, 33 let. a OAMal, 33 let. c OAMal, 1 OPAS

TRIBUNAL CANTONAL AM 2/08 - 38/2010 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 septembre 2010

\_\_\_\_\_ Présidence de M. Jomini Juges : Mme Thalmann et M. Gerber, juge suppléant Greffier : Mme Vuagniaux \*\*\*\*\* Cause pendante entre : P. \_\_\_\_\_, à Cossonay, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, et Service de la santé publique, à Lausanne, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 33 al. 1 et 3, 41 al. 2 et 3 LAMal, 33 let. a et c OAMal, annexe 1 OPAS E n f a i t : A. P. \_\_\_\_\_, né le [...], domicilié à [...], assuré en division commune auprès de T. \_\_\_\_\_, souffrait d'une tumeur à la prostate. L'hôpital I. \_\_\_\_\_ a déposé en date du 11 décembre 2007 auprès du Service de la santé publique du canton de Vaud (ci-après : SSP), Département de la santé et de l'action sociale, une demande de garantie de paiement de la part cantonale d'une prostatectomie laparoscopique par assistance robotisée en vue de l'ablation de la tumeur. Cette demande a été rejetée le 13 décembre 2007 par le médecin cantonal au motif que le traitement était réalisable dans le canton et donc que les conditions de l'art. 41 al. 3 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10) n'étaient pas remplies. Le formulaire de rejet de la demande reproduisait les articles suivants du décret du 23 septembre 1997 relatif à l'application dans le canton de Vaud de l'article 41, alinéa 3, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (DVLAMal; RSV 832.071) tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2008 : « Art. 1 1 Le Département de l'intérieur et de la santé publique, Service de santé publique, est compétent pour émettre la garantie de prise en charge financière de la part cantonale dans les cas d'hospitalisation extra-cantonale médicalement justifiée au sens de l'article 41, alinéa 3 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal). 2 Le Service de la santé publique en avise par écrit l'hôpital ou le médecin qui a présenté la demande, le patient concerné et son assurance-maladie en les informant que, faute d'opposition écrite adressée au service dans les trente jours, son prononcé vaudra décision définitive. 3 Si une des personnes

mentionnées à l'alinéa 2 fait opposition en temps utile, le Service de la santé publique lui notifie une décision motivée, avec indication du droit, du délai et de l'autorité de recours.

Art. 2 1 Le Tribunal cantonal des assurances est compétent pour statuer sur les recours contre les décisions prises par le Département de l'intérieur et de la santé publique, Service de la santé publique, relatives à l'application de l'article 41, alinéa 3 LAMal. 2 Le recours est déposé par écrit auprès du greffe du Tribunal cantonal des assurances, dans les trente jours suivant la communication de la décision attaquée. Pour le surplus, la loi du 2 décembre 1959 sur le Tribunal des assurances est applicable, à l'exception de son article 11, premier alinéa. Dans une lettre du 18 décembre 2007, l'assuré a informé son médecin traitant, le Dr K. \_\_\_\_\_, généraliste FMH, qu'il allait se faire opérer le 27 décembre 2007 à l'hôpital I. \_\_\_\_\_, estimant que la « thérapie de Vinci » était une technique d'ablation de la prostate plus précise et que les durées d'hospitalisation et de convalescence étaient plus courts. Le même jour, le Dr K. \_\_\_\_\_ a renouvelé la demande d'autorisation d'hospitalisation extra-cantonale auprès du médecin cantonal, lequel l'a de nouveau rejetée le 7 janvier 2008 en soutenant que les avantages d'une intervention par robot n'étaient pas indiscutables et reconnus. Par courrier du 19 décembre 2007, T. \_\_\_\_\_ a informé P. \_\_\_\_\_ qu'elle prendrait en charge le séjour à l'hôpital I. \_\_\_\_\_ pour une durée de 5 à 7 jours, selon une contribution financière de 472 fr., ainsi qu'un forfait unique d'admission de 630 francs. La prostatectomie laparoscopique assistée par robot a été réalisée le 27 décembre 2007 à l'hôpital I. \_\_\_\_\_. La durée du séjour hospitalier s'est élevée à sept jours et l'assuré a pu reprendre sa fonction de directeur d'entreprise deux semaines après l'intervention. Par courrier du 22 janvier 2008, P. \_\_\_\_\_ s'est adressé au médecin cantonal en lui demandant de revoir sa position. Il arguait à l'appui de sa demande la réduction de l'incapacité de travail par rapport aux opérations similaires faites au Centre X. \_\_\_\_\_. A la demande du médecin cantonal, le Prof. F. \_\_\_\_\_, chef du service d'urologie du X. \_\_\_\_\_, a pris position le 4 février 2008 comme suit : « La chirurgie laparoscopique de la prostate par assistance robotisée dans le traitement chirurgical du cancer de la prostate ne constitue pas encore un standard. Dans le canton de Vaud et au X. \_\_\_\_\_ en particulier, sont disponibles la chirurgie ouverte et la chirurgie laparoscopique classique sous certaines conditions définies par les opérateurs. Rien n'indique que si le patient avait été opéré par la dernière méthode citée, il n'aurait pas également pu bénéficier d'une certaine réduction de sa période de convalescence. Par ailleurs un séjour hospitalier de 7 jours ne constitue pas un avantage par comparaison à la durée d'hospitalisation moyenne de la chirurgie ouverte dans le service d'urologie qui est de l'ordre de 7 à 8 jours. Dès lors, la chirurgie robotisée, quoiqu'à l'étude au sein des urologues vaudois, reste une opération marketing dont le bénéfice au plan médical n'est pas certifié ». B. P. \_\_\_\_\_ a recouru devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud contre la décision de refus du médecin cantonal par acte du 22 janvier 2008, en soutenant que dans la mesure où son incapacité de travail avait duré deux semaines seulement, l'opération subie à l'hôpital I. \_\_\_\_\_ remplissait l'exigence d'économicité au sens de la loi. Par courrier du même jour, il a demandé au médecin cantonal de revoir sa position en faisant valoir les arguments médical et économique de l'intervention. Dans sa réponse du 28 février 2008, le SSP a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision du 13 décembre 2007. Il a avancé les arguments suivants : « 1. Le traitement chirurgical de la prostate se pratique au I. \_\_\_\_\_, la prestation est donc disponible dans le canton de Vaud. 2. A notre connaissance, Monsieur P. \_\_\_\_\_ n'a pas consulté le Professeur F. \_\_\_\_\_ ni un autre médecin du I. \_\_\_\_\_, mais il a choisi de se faire opérer à [...]

(recte : hôpital I. \_\_\_\_\_). 3. Selon la jurisprudence (ATF 127 V 138, cons. 5), lorsque des techniques chirurgicales différentes existent et permettent objectivement d'atteindre le même résultat, on les examine prioritairement selon le principe de l'opportunité. Un traitement est qualifié d'opportun s'il est utile du point de vue thérapeutique ou diagnostique compte tenu des risques qui en découlent. Selon la pratique administrative, l'opportunité est jugée en fonction des succès et des échecs du traitement ainsi que de la fréquence des complications. S'il y a équivalence des traitements, le choix doit en principe se faire selon le critère d'économicité. Or, à ce jour, les bénéfices de la chirurgie laparoscopique par assistance robotisée par rapport à une prostatectomie "traditionnelle" ne sont pas scientifiquement démontrés (cf courrier du Prof. F. \_\_\_\_\_, annexe 8) et le prix élevé d'un tel robot ne répond pas au critère d'économicité ». Le 23 avril 2008, P. \_\_\_\_\_, désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, a complété ses conclusions en demandant la mise en œuvre d'une expertise et la prise en charge par le canton de Vaud de la différence des coûts facturés et le montant pris en charge par T. \_\_\_\_\_. Il exposait que l'expérience acquise depuis plusieurs années démontrait qu'une prostatectomie assistée par robot permettait de réduire la durée du séjour hospitalier, de diminuer les douleurs et de réduire les risques d'infection, les pertes de sang et l'incontinence, de sorte que la convalescence était plus rapide et l'incapacité de travail de plus courte durée. Les conditions posées par la jurisprudence étaient ainsi manifestement réalisées et le paiement de la part cantonale de ce traitement plus coûteux justifié. Le recourant relevait en outre que les habitants du canton de [...] bénéficiaient d'une prise en charge complète pour ce type d'intervention, ce qui constituait une inégalité de traitement inadmissible. Dans sa duplique du 13 mai 2007, le SSP a expliqué que toute nouvelle prestation devait être reconnue par la Commission fédérale des prestations et des principes et que l'intervention de la prostate par robot ne figurait pas dans l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832.112.31). Le service ajoutait que Swissmedic confirmait que cette prestation n'était pas reconnue et que les conditions d'économicité et d'efficacité n'étaient pas remplies. Il s'appuyait à cet effet sur un courriel de Santésuisse Vaud qui rapportait l'avis suivant du médecin-conseil du siège central : « La prostatectomie est une prestation stationnaire pour laquelle diverses méthodes peuvent être utilisées. Si l'opération est effectuée par l'intermédiaire du robot Da Vinci, c'est le médecin opérateur qui en assume la responsabilité en espérant qu'il aura demandé l'accord préalable du patient. Cette intervention doit toutefois être facturée conformément aux conventions tarifaires existantes. Aucune facturation supplémentaire ne peut être acceptée. Si le fournisseur de prestations persiste, les assureurs doivent refuser le paiement, car l'intervention ne répond pas à la définition relative au caractère économique des prestations. En effet, cette technique n'améliore aucunement les résultats de l'opération, elle ne peut donc engendrer des coûts supplémentaires. De manière générale de nouvelles méthodes peuvent certes être testées, mais pas à charge de l'assurance-maladie ! Les progrès techniques sont toujours possibles même si l'assurance-maladie ne finance pas la recherche et les expériences médicales ». Le 19 mai 2008, le recourant a rappelé que la liste des prestations figurant à l'annexe 1 de l'OPAS n'était pas exhaustive et que l'absence de décision du département concernant l'intervention en cause ne faisait pas obstacle à sa prise en charge dans la mesure où les critères de l'art. 32 LAMal étaient respectés. Le 9 juin 2008, le SSP a confirmé ses conclusions, à savoir que la garantie de financement pour hospitalisation extracantonale n'était pas accordée par le canton de Vaud, les conditions de l'art. 41 al. 3 LAMAal n'étant

pas réalisées et le traitement étant disponible dans le canton de Vaud. C. Interpellés sur l'absence d'une décision motivée avec indication des voies de droit, le recourant a répondu, par courrier du 16 juillet 2008, que les décisions du département n'étaient pas sujettes à opposition, mais directement à recours; pour sa part, l'autorité intimée, par la plume du médecin cantonal, a déclaré que le recourant s'était adressé directement au tribunal, la privant de l'opportunité de lui fournir une décision sur opposition motivée avec indication des voies de recours; toutefois, même si l'intéressé avait fait opposition, la décision aurait été la même, à savoir le refus de prise en charge selon les motifs invoqués dans sa détermination du 28 février 2008. D. Le juge instructeur a ordonné la mise en oeuvre d'une expertise qu'il a confiée au Prof. N.\_\_\_\_\_. Il ressort du rapport d'expertise du 8 mai 2009 qu'il existe trois méthodes chirurgicales pour la prostatectomie : la chirurgie ouverte, la laparoscopie standard et la laparoscopie assistée par robot. Les deux dernières font partie des approches mini-invasives. Selon le Prof. N.\_\_\_\_\_, la prostatectomie par laparoscopie à l'aide du robot Da Vinci est une méthode reconnue scientifiquement. La méthode robotique permet plus de précision à l'intervention principalement en raison de la vision en 3D avec agrandissement et absence de tremblements. Par comparaison avec la prostatectomie ouverte, une publication américaine de 2006 suggère un avantage significatif pour la prostatectomie robotisée en ce qui concerne la précision, mais également en termes de sécurité et de qualité : moins de complications, moins de marges chirurgicales positives et meilleure continence. Il est établi que tant la laparoscopie classique que le procédé Da Vinci entraînent une diminution du risque d'infection et une réduction significative des pertes de sang. En revanche, il n'est pas possible de démontrer scientifiquement les avantages d'une technique par rapport à une autre en ce qui concerne la continence. Selon les études, l'approche mini-invasive permet une diminution du séjour hospitalier. En revanche, aucune étude prospective randomisée n'est à disposition pour juger des différences d'incapacité de travail après les trois différentes options chirurgicales et les publications américaines en la matière aboutissent à des conclusions contradictoires. Si la chirurgie ouverte du cancer de la prostate est le gold standard en matière de prostatectomie radicale dans la plupart des pays, elle ne l'est plus aujourd'hui aux USA ou en Suède où le robot Da Vinci a pris l'avantage. Le Prof. N.\_\_\_\_\_ explique cette évolution en faveur de la méthode robotisée par l'apprentissage plus long de la laparoscopie classique. Selon une publication (Hakimi 2009), la laparoscopie assistée par robot a des avantages significatifs par rapport à la laparoscopie standard : diminution du temps opératoire, moins de saignement intra-opératoire et diminution de l'hospitalisation; en revanche les résultats sur la continence et sur l'érection étaient comparables à 12 mois. Selon une autre publication (Ball 2006), une comparaison des trois méthodes montre une différence statistiquement significative sur l'érection en faveur de la méthode robotique : les patients opérés avec cette technologie ont un retour plus rapide des érections comparés à la voie ouverte ou à la laparoscopie. Il ressort d'une méta-analyse des trois méthodes que les éléments favorables à la chirurgie mini-invasive sont la diminution des pertes sanguines et du nombre de transfusions, la diminution de la durée de sondage, la diminution de la durée d'hospitalisation et le plus faible pourcentage de complications. S'agissant du pronostic de survie des patients, il est indépendant de la technique utilisée. Dans l'état actuel des choses, la qualification du chirurgien est le facteur prépondérant. Dans leurs déterminations relatives à l'expertise, les parties ont maintenu leur position de principe et leurs conclusions. Dans une prise de position à l'adresse du médecin cantonal datée du 2 juin 2009, le Prof. F.\_\_\_\_\_ a déclaré partager l'avis de l'expert sur de nombreux points. Il a

en revanche maintenu son avis suivant lequel la prostatectomie radicale assistée par système robotique est une technique en voie de reconnaissance scientifique dont on ne connaît pas les résultats oncologiques à long terme. A son avis, par rapport à la chirurgie ouverte, la seule différence établie était la réduction des pertes sanguines en cours d'intervention. E n d r o i t : 1. A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36, en vigueur depuis le 1 er janvier 2009), applicable aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer en matière de recours contre les décisions prises par le SSP relatives à l'application de l'art. 41 al. 3 LAMaI (art. 93 let. b LPA-VD et 2 al. 1 DVLAMaI). Elle doit statuer à trois juges, quand bien même la valeur litigieuse est largement inférieure à 30'000 fr. En effet, l'art. 2 al. 2, 1 ère phrase DVLAMaI, tel qu'en vigueur depuis le 1 er janvier 2009, prévoit que le Tribunal cantonal statue dans tous les cas à trois juges, dérogeant ainsi à l'art. 94 al. 1 let. a LPA-VD, qui prévoit qu'un membre du Tribunal cantonal statue en tant que juge unique, dans le domaine des assurances sociales, sur les recours dont la valeur litigieuse n'excède pas 30'000 francs.

2. a) La compétence et la procédure en matière de prétentions fondées sur l'art. 41 al. 3 LAMaI sont du ressort des cantons (ATF 123 V 290; TFA K\_39/04 du 26 avril 2005, consid. 2.1). En vertu de l'art. 1 DVLAMaI tel qu'en vigueur avant le 1 er janvier 2009, le Service de la santé publique est compétent pour émettre la garantie de prise en charge financière de la part cantonale dans les cas d'hospitalisation extra-cantonale médicalement justifiée au sens de l'art. 41 al. 3 LAMaI (al. 1); le Service de la santé publique en avise par écrit l'hôpital ou le médecin qui a présenté la demande, le patient concerné et son assurance-maladie en les informant que, faute d'opposition écrite adressée au service dans les trente jours, son prononcé vaudra décision définitive (al. 2); si une des personnes mentionnées à l'alinéa 2 fait opposition en temps utile, le Service de la santé publique lui notifie une décision motivée, avec indication du droit, du délai et de l'autorité de recours (al. 3). b) En l'espèce, une copie de la décision du 13 décembre 2007 a été notifiée au recourant sous pli simple. Si la preuve stricte de la date de la notification de cette décision ne peut dès lors pas être apportée, la jurisprudence admet que la preuve de la notification d'un acte peut résulter d'indices ou de l'ensemble des circonstances (ATF 105 II 43 consid. 3). Même si la nouvelle demande transmise par le médecin traitant en date du 18 décembre 2007 ne fait pas allusion à la décision du 13 décembre 2007, on peut déduire des termes de la lettre du recourant accompagnant celle du Dr K. \_\_\_\_\_ qu'il répondait à la motivation de cette décision, donc qu'il avait connaissance de celle-ci. Si l'on admet que le délai de trente jours pour faire opposition commençait au plus tard le 19 décembre 2007, il arrivait à échéance le 18 janvier 2008. La demande de réexamen déposée devant le médecin cantonal le 22 janvier 2008 simultanément au recours est postérieure à l'échéance vraisemblable du délai d'opposition. La décision du 13 décembre 2007 n'a donc pas fait l'objet d'une opposition déclarée comme telle de la part du recourant dans le délai de trente jours. En principe, elle devrait être devenue définitive avant le dépôt du recours devant le Tribunal cantonal des assurances déposé le 22 janvier 2008. Le recourant a cependant fait transmettre à l'autorité intimée par son médecin traitant une nouvelle demande motivée en date du 18 décembre 2007. Cette nouvelle demande peut être considérée comme équivalant matériellement à une opposition. L'autorité intimée n'a pas rendu une décision formelle

avec indication des voies de droit suite à cette nouvelle demande, mais elle a répondu par un simple courrier du 7 janvier 2008. Ce vice de forme ne saurait nuire au recourant. Le recours a été déposé avant l'échéance du délai légal de trente jours (art. 2 al. 2 DVLAMaI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2008) après la communication de la lettre du 7 janvier 2008. Il est donc recevable. c) Le recourant a qualité pour recourir contre la décision de refus de prise en charge de frais de traitement à l'hôpital I. \_\_\_\_\_ (art. 1 al. 2 DVLAMaI en relation avec l'art. 75 LPA-VD). 3. D'après la jurisprudence, la législation applicable en cas de changement de règles de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 130 V 156 consid. 5.1 p. 160; 128 V 315 consid. 1e/aa p. 321; 127 V 467 consid. 1; 126 V 166 consid. 4b). La présente cause est donc régie par l'art. 41 al. 2 et 3 LAMaI tels qu'en vigueur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Ces dispositions avaient la teneur suivante : 2 Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt à un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts d'après le tarif applicable à cet autre fournisseur de prestations. Sont réputés raisons médicales le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent 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 le canton où réside l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier ou semi-hospitalier, ou dans un hôpital en dehors de ce canton qui figure sur la liste dressée, par le canton où réside l'assuré, en application de l'art. 39, al. 1, let e; 3 Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt aux services d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics situé hors de son canton de résidence, ce canton prend en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs que l'hôpital applique aux résidents du canton. Dans ce cas, l'art. 72 LPGa est applicable par analogie et confère un droit de recours au canton de résidence de l'assuré. Le Conseil fédéral règle les détails. 4. L'autorité intimée allègue que l'intervention de la prostate par robot est une prestation nouvelle qui n'est pas reconnue dans l'OPAS, ce qui exclurait la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins et, par voie de conséquence, par le canton dans le cas de l'art. 41 al. 3 LAMaI. a) Aux termes de l'art. 33 al. 1 LAMaI, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. D'après l'art. 33 al. 3 LAMaI, le Conseil fédéral détermine également dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour les compétences susmentionnées (art. 33 al. 5 LAMaI en relation avec l'art. 33 let. a et c OAMaI [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102]), a promulgué l'OPAS. Selon l'art. 1 OPAS, l'annexe 1 à cette ordonnance énumère les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMaI – dispositions qui reprennent textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMaI – qui ont été examinées par la Commission des prestations générales de l'assurance-maladie et dont l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge. b) Il découle de ce régime légal une présomption qu'une prestation médicale fournie par un médecin doit être prise en charge par l'assurance sociale des soins pour autant que cela n'ait pas été exclu par l'OPAS (ATF 129 V 167 consid. 3.2). Cette présomption s'applique aussi aux prestations nouvelles au sens de l'art. 33 al. 3 LAMaI. La prostatectomie assistée par robot ne figure pas dans l'annexe 1 de l'OPAS. Elle est donc, en tant que prestation fournie par un médecin, régie par la présomption légale de

prise en charge à condition qu'elle remplisse les conditions générales de l'art. 32 LAMaI, à savoir d'être efficace, appropriée et économique (ATF 129 V 167 consid. 4). L'expertise judiciaire n'a fourni aucun élément conduisant à mettre en doute le caractère efficace et approprié de ce traitement. Le médecin-conseil de SantéSuisse, dont l'avis a été rapporté par l'autorité intimée, met en question le caractère économique de ce traitement s'il conduit à un surcoût par rapport aux autres méthodes de traitement. Point n'est besoin de trancher cette question dans la mesure où les conditions propres de prise en charge par le canton en vertu de l'art. 41 al. 3 LAMaI ne sont pas remplies.

5. a) Lorsqu'un assuré recourt sans qu'il y ait urgence aux services d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics situé hors de son canton de résidence, à savoir son canton de domicile (TFA K\_108/04 du 17 janvier 2005, consid. 5.7), celui-ci n'est tenu de prendre en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs que l'hôpital applique aux résidents du canton que si le traitement hors du canton de résidence repose sur des « raisons médicales ». En vertu de l'art. 41 al. 2 let. b LAMaI, il y a raison médicale pour un traitement hospitalier si les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies dans le canton de résidence. Ce cas de figure est réalisé lorsque le canton de résidence ne peut offrir aucune mesure thérapeutique ou lorsque le traitement qui est proposé n'apparaît pas adéquat (Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 318). Il peut aussi s'avérer que tant le canton de résidence qu'un autre canton sont à même de fournir des types de mesures thérapeutiques tout aussi efficaces l'une que l'autre, mais que celle dispensée à l'extérieur se révèle néanmoins plus favorable parce qu'elle entraîne, par exemple, des risques de complications ou des effets secondaires moins importants pour le patient. Dans un tel cas, on peut également admettre une raison médicale à une hospitalisation hors du canton de résidence. Le bénéfice thérapeutique en résultant doit cependant être important; des avantages minimes, incertains ou encore peu quantifiables ne sauraient justifier la prise en charge des coûts supplémentaires au sens de l'art. 41 al. 3 LAMaI (ATF 127 V 147 consid. 5 et les références citées; TFA K\_14/05 du 22 juin 2005, RAMA 2004 n° KV 273, p. 119).

b) Il existe trois différentes options chirurgicales pour la prostatectomie : la chirurgie ouverte, la laparoscopie standard et la laparoscopie assistée par robot. Les deux dernières font partie des approches dites mini-invasives, car elles ne requièrent qu'une petite ouverture de l'abdomen pour y introduire une optique et les instruments. Les deux premières méthodes sont pratiquées dans le canton de Vaud au X.\_\_\_\_\_. La troisième fait usage d'un robot de la marque Da Vinci et est pratiquée notamment par l'hôpital I.\_\_\_\_\_. C'est la méthode opératoire choisie par le recourant.

c) Selon le recourant, la laparoscopie assistée par robot apporte les avantages suivants : plus de précision, une réduction des complications, une moins grande marge chirurgicale positive en raison du traitement moins invasif, une meilleure continence, une diminution des risques d'infection et des pertes de sang, un raccourcissement des séjours hospitaliers et une réduction de la durée de pose de la sonde urinaire.

d) S'il ressort de l'expertise judiciaire qu'une méta-analyse récente a mis en évidence un certain nombre d'avantages thérapeutiques de la prostatectomie mini-invasive par rapport à la chirurgie ouverte (en particulier la diminution des pertes sanguines et du nombre de transfusions, la diminution de la durée du sondage urinaire, la diminution de la durée d'hospitalisation et un plus faible pourcentage de complications), cette même expertise n'a relevé que deux publications (Ball 2006 et Hakimi 2009) qui montraient des avantages significatifs de la méthode robotique par rapport à la laparoscopie standard. Selon Ball, la méthode robotique permet un retour plus rapide de l'érection pendant les six premiers mois. Quant à Hakimi, il signale les

avantages suivants : diminution du temps opératoire, moins de saignement intra-opératoire et diminution de l'hospitalisation; en revanche, les résultats sur la continence et sur l'érection étaient comparables à douze mois. Cette publication de Hakimi qui repose sur les différences entre les patients d'un unique chirurgien ne suffit pas pour démontrer que la laparoscopie robotique a des avantages thérapeutiques suffisamment importants pour constituer des raisons médicales au sens de l'art. 41 al. 3 LAMaI. D'ailleurs, la réduction de la durée d'hospitalisation n'a pas non plus été démontrée en l'espèce, car l'hospitalisation du recourant a duré sept jours, ce qui, selon le Prof. F. \_\_\_\_\_, correspond à la durée moyenne de l'hospitalisation en cas de prostatectomie par chirurgie ouverte au X. \_\_\_\_\_.

Selon l'expert, le facteur prépondérant pour les effets thérapeutiques de la prostatectomie est le choix du chirurgien. C'est la qualification et l'expérience du chirurgien, plus que la technique opératoire utilisée, qui est déterminante. Il en découle que la précision accrue apportée par l'utilisation du robot ne constitue pas en soi un avantage thérapeutique. Le fait que le recourant ait pu reprendre son travail deux semaines après l'opération ne constitue pas non plus une preuve des avantages thérapeutiques de la laparoscopie assistée par robot. Selon l'expert, la motivation des patients reste le principal facteur influençant la durée de l'incapacité de travail. Les études en la matière sont non seulement contradictoires, mais leur valeur probante est contestable eu égard à l'absence de randomisation. En conclusion, par rapport à la laparoscopie standard, les avantages de la laparoscopie assistée par robot ne constituent pas des raisons médicales au sens de l'art. 41 al. 3 LAMaI. e) Point n'est besoin de trancher si la prostatectomie mini-invasive a des avantages suffisamment importants par rapport à la chirurgie ouverte pour constituer une raison médicale au sens de l'art. 41 al. 3 LAMaI : même si l'on admettait que tel était le cas, cela ne conduirait pas à l'admission d'une telle raison médicale en l'espèce. Le recourant ne prétend en effet pas que la laparoscopie standard qui est pratiquée sous certaines conditions dans le canton de Vaud et au X. \_\_\_\_\_ en particulier était exclue en ce qui le concerne. Il ne pourrait donc pas se prévaloir des avantages de la chirurgie mini-invasive dont, par hypothèse, il aurait pu bénéficier aussi dans le canton de Vaud. Il en découle que le choix de la laparoscopie assistée par robot ne reposait pas sur des raisons médicales au sens de l'art. 41 al. 3 LAMaI.

6. Le recourant soutient que le refus de prise en charge de la prostatectomie assistée par robot constitue une inégalité de traitement par rapport aux assurés qui résident dans un canton dont un hôpital public ou subventionné possède un robot Da Vinci. Or, comme nous l'avons vu, un traitement médical équivalent est fourni dans le canton de Vaud. Une limitation, pour des raisons financières, du choix entre deux traitements équivalents d'un point de vue thérapeutique ne constitue pas une violation de l'art. 8 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101).

7. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Le présent arrêt doit être rendu sans frais ni dépens (art. 91 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 7 janvier 2008 par le Service de la santé publique du canton de Vaud est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Jean-Michel Duc, avocat (pour P. \_\_\_\_\_) ■ Service de la santé publique ■ Office fédéral de la santé publique (OFSP) 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.