

## **VD\_GERICHTE ZE09.015701 vom 25. November 2009**

VD Tribunal cantonal, 2009-11-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZE09.015701](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE09.015701)

FR: VD\_GERICHTE ZE09.015701 du 25 novembre 2009

IT: VD\_GERICHTE ZE09.015701 del 25 novembre 2009

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

a) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui a repris au 1er janvier 2009 les attributions de l'ancien Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a et b LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). b) Une décision de renvoi prise par le Tribunal fédéral lie le Tribunal cantonal; celui-ci doit ainsi fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit par lesquels le Tribunal fédéral a motivé le renvoi (ATF 135 III 334 et les références citées). En l'espèce, le Tribunal fédéral reproche au Tribunal des assurances de ne pas avoir distingué, dans la motivation ni surtout dans le dispositif de son jugement du 8 mai 2008, les deux recours interjetés par l'assuré, soit d'une part celui dirigé contre la décision rendue le 22 août 2006 par le SSP et, d'autre part, celui dirigé contre la décision sur opposition rendue le 16 février 2007 par la Caisse. Il reproche en outre au Tribunal des assurances d'avoir totalement éludé les questions de l'autorité de chose décidée de la décision du SSP, contre laquelle il n'a pas été fait opposition dans le délai imparti à cet effet, ou d'une éventuelle restitution de ce délai (cf. lettre D.c supra). Il convient donc de distinguer soigneusement ci-après d'une part le recours dirigé contre la décision rendue le 22 août 2006 par le SSP (cf. consid. 2 et 3 infra), et d'autre part le recours dirigé contre la décision sur opposition rendue le 16 février 2007 par la Caisse (cf. consid. 4 infra).

#### **E. 2**

a) Aux termes de l'art. 2 al. 1 DVLAMal, le Tribunal cantonal est compétent pour statuer sur les recours contre les décisions prises par

- 13 - le Département de la santé et de l'action sociale, Service de la santé publique, relatives à l'application de l'art. 41 al. 3 LAMal. Selon l'art. 2 al. 2 DVLAMal, le Tribunal cantonal statue dans tous les cas à trois juges; la loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative – entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) – est applicable pour le surplus. La cour de céans statuera dès lors à trois magistrats, quand bien même la valeur litigieuse est largement inférieure à 30'000 fr. En effet, l'art. 2 al. 2, 1re phrase, DVLAMal déroge (cf. art. 2 al. 2, 2e phrase, DVLAMal) 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 fr. b) En vertu de l'art. 1 DVLAMal, le SSP 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 LAMal (al. 1); le SSP 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'al. 2 fait opposition en temps utile, le SSP lui notifie une décision motivée, avec indication du droit, du délai et de l'autorité de recours (al. 3). Il résulte ainsi des art. 1 et 2 DVLAMal d'une part que la décision par laquelle le SSP statue sur la demande de 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 LAMal entre en force si elle n'est pas contestée par la voie de l'opposition adressée au SSP dans les trente jours et, d'autre part, qu'un recours adressé directement

- 14 - au Tribunal cantonal contre une telle décision, sans respecter la procédure d'opposition, est irrecevable faute d'épuisement des voies de droit antérieures (cf. art. 92 al. 1 LPA-VD). c) Selon la jurisprudence, le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 122 I 97 consid. 3b; 114 III 51 consid. 3c et 4; 105 III 43; 103 V 63 consid. 2a; 101 Ia 7 consid. 1; 99 Ib 356 consid. 2 et 3; TF 8C\_621/2007 du 5 mai 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 121 V 5 consid. 3b); l'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve – ou de vraisemblance prépondérante – en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 129 I 8 consid. 2.2; 124 V 400 consid. 2a et les références; 103 V 63 consid. 2a; TF 8C\_621/2007 du 5 mai 2008 consid. 4.2). En l'espèce, le recourant allègue n'avoir pris connaissance de l'existence de la décision du SSP du 22 août 2006 qu'à réception, le 23 février 2007, de la décision sur opposition de la Caisse du 16 février 2007 qui y faisait référence (cf. lettre C.a supra). Si l'on peut s'étonner que cette décision – qui selon l'art. 1 al. 2 DVLAMal est adressée à l'hôpital ou au médecin qui a présenté la demande, ainsi qu'au patient concerné et à son assurance-maladie – soit parvenue à la Caisse mais pas au recourant, force est de constater que ce dernier n'a jamais admis avoir reçu la décision en question, dont il soutient n'avoir appris l'existence que le 23 février 2007, et que le SSP n'est pas en mesure d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant avait reçu communication de sa décision en même temps que la Caisse. Il s'ensuit que, faute de communication au recourant de la décision du 22 août 2006, le délai pour faire opposition à celle-ci n'a pas pu commencer à courir avant le 23 février 2007 et que la décision du SSP n'avait donc pas pu acquérir force

- 15 - de chose décidée au moment du dépôt, le 26 mars 2007, du recours dirigé à la fois contre la décision sur opposition rendue le 16 février 2007 par la Caisse et contre la décision rendue le 22 août 2006 par le SSP. d) Cela étant, il sied de relever que le recourant n'aurait pas dû attaquer directement la décision du SSP du 22 août 2006 devant le Tribunal des assurances, mais aurait dû procéder d'abord par la voie de l'opposition. Toutefois, compte tenu de ce que l'écriture du recourant du 26 mars 2007 a été traitée par le Tribunal des assurances comme un recours contre la décision rendue le 22 août 2006 par le SSP et non transmise à ce dernier comme valant opposition à ladite décision, que le SSP, dans le cadre de la présente procédure, a motivé et confirmé sa position à réitérées reprises et qu'un renvoi au SSP ne ferait que retarder la procédure sans rien changer sur le fond, tant le principe de l'économie de la procédure que celui de la proportionnalité justifient qu'il soit statué sur le fond du litige (cf. ATF 132 V 18 consid. 2.3). Partant, il y a lieu d'entrer en matière sur le recours dirigé contre la décision du SSP du 22 août 2006, le délai de recours

de trente jours (art. 95 LPA-VD) étant réputé respecté.

### E. 3

a) Selon l'art. 41 LAMal – dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2008 et donc applicable ratione temporis en l'espèce –, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie; en cas de traitement ambulatoire, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs; en cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, il prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré (al. 1). Selon l'art. 41 al. 3, 1<sup>re</sup> phrase, LAMal, si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt aux services d'un hôpital public 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

- 16 - (paiement de la différence des coûts; ATF 131 V 59 consid. 4; 130 V 215 consid. 1.1). La notion de raisons médicales est explicitée à l'art. 41 al. 2 LAMal. Sont réputées raisons médicales le cas d'urgence (art. 41 al. 2, 2<sup>e</sup> phrase, LAMal), ainsi que, s'il s'agit d'un traitement hospitalier ou semi- hospitalier, le cas où les prestations nécessaires ne peuvent être fournies dans le canton où réside l'assuré 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 LAMal (ATF 131 V 59 consid. 4). b) L'art. 41 al. 2 (et 3) LAMal ne définit pas ce qu'il faut entendre par cas d'urgence. En revanche, l'art. 36 al. 2 OAMal (ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102) contient une définition du cas d'urgence en ce qui concerne la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins du coût des traitements effectués à l'étranger (cf., à ce sujet, ATF 131 V 271). Selon cette disposition réglementaire, 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 (2<sup>e</sup> phrase); il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement (3<sup>e</sup> phrase). Par analogie, il faut considérer qu'il y a cas d'urgence justifiant l'application d'un traitement hospitalier ou semi- hospitalier hors du canton de résidence lorsque des soins médicaux doivent être administrés sans tarder et qu'il n'est pas possible ou pas approprié d'imposer à l'assuré de retourner dans son canton de résidence (TF 9C\_812/2008 du 31 mars 2009 consid. 2.2; TFA K 81/05 du 13 avril 2006 consid. 5.1; TFA K 128/01 du 14 octobre 2002 consid. 4.1, in RAMA 2002, n° KV 231, p. 475; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 2<sup>e</sup> éd. 2007, n. 475 ss p. 560 s., spéc. n. 477). Autrement dit, et comme l'expriment les "Recommandations concernant la procédure relative aux subsides des cantons en cas de traitement hospitalier hors canton selon l'article 41.3 LAMal" (version révisée du 21 août 2003), édictées par la Conférence des directeurs cantonaux des affaires

- 17 - sanitaires (ci-après: les Recommandations de la CDS), il y a urgence lorsque l'état du patient ne permet pas de le transporter dans un hôpital de son canton de résidence ou lorsqu'un tel rapatriement se révélerait inopportun pour des raisons médicales (remarque 1.52). c) En l'espèce, il est établi que le recourant, présentant une fièvre relativement importante, s'est rendu, le dimanche 20 août 2006, à l'Hôpital de Nyon et que les praticiens de cet établissement, sans avoir pu précisément déterminer la cause de cette fièvre anormalement élevée, ont invité le recourant à se rendre le lendemain chez son médecin traitant (cf. lettre A.b supra). Le médecin traitant du recourant, le Prof. T. \_\_\_\_\_, du Département de médecine communautaire et de premier recours des HUG, a examiné

l'intéressé le 21 août 2006 et, constatant que la fièvre était à nouveau élevée, a ordonné l'hospitalisation immédiate de l'assuré (cf. lettre A.c supra). Selon les renseignements fournis le 29 mars 2007 par le Prof. S. \_\_\_\_\_ – qui avait succédé au Prof. T. \_\_\_\_\_ en automne 2006 –, l'hospitalisation du recourant aux HUG, le 21 août 2006, a été motivée par un état fébrile avec frissons et une rougeur du membre inférieur gauche, correspondant à une dermohypodermite infectieuse; l'urgence de l'hospitalisation était justifiée par le fait qu'une dermohypodermite non traitée par des antibiotiques intraveineux peut aboutir à des nécroses cutanées et musculaires extrêmement sévères (cf. lettre B.h supra). Or, une telle infection chez un assuré immunodéprimé (60 mg/semaine de Méthotrexate) constitue une urgence réelle, d'autant plus que les performances cardiaques du recourant étaient altérées par un trouble du rythme qui limitait ses capacités de débits (cf. rapport du Prof. S. \_\_\_\_\_ et du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 20 août 2006). Dans de telles circonstances, un transfert, même médicalisé, se serait révélé inopportun, en raison de l'état de santé de l'assuré. L'hospitalisation du recourant le 21 août 2006 aux HUG doit dès lors être considérée comme une hospitalisation extra-cantonale pour raisons médicales, soit pour un cas d'urgence (art. 41 al. 2 et 3 LAMal). Cela étant, comme l'expriment les Recommandations de la CDS, l'urgence dure aussi longtemps qu'un transfert dans le canton de

- 18 - résidence n'est pas judicieux pour des raisons médicales (remarque 1.52). Or, si l'état de santé du recourant justifiait une hospitalisation immédiate le 21 août 2006, le Prof. S. \_\_\_\_\_ et le Dr Z. \_\_\_\_\_, exposent néanmoins, dans leur rapport du 30 août 2006, que l'assuré a bénéficié dès son admission d'un traitement d'Augmentin iv avec une excellente évolution. Or, il ne ressort d'aucune pièce au dossier que l'assuré n'aurait pas pu être transféré dans un hôpital du canton de Vaud une fois son état de santé stabilisé. Il est en effet possible de ne pas interrompre la prise d'antibiotiques intraveineux lors d'un transport médicalisé. L'évolution étant en outre qualifiée d'excellente, il y a lieu d'admettre qu'un transfert médicalisé dans un hôpital du canton de Vaud était réalisable dans un délai relativement court, qu'il convient d'arrêter, au sens de la vraisemblance prépondérante, à 48 heures après l'admission. Par ailleurs, le seul fait que le Prof. T. \_\_\_\_\_ avait, dans la demande de garantie, coché la case "Prestation non disponible dans le canton de domicile du patient" ne saurait suffire pour admettre que tel était bien le cas. En effet, aucun élément n'indique que les soins nécessités par l'état du recourant ne pouvaient être fournis dans un hôpital sis dans son canton de résidence. Il sied en effet de rappeler que 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 (TFA K 14/05 du 22 juin 2005 consid. 4.1; TFA K 193/00 du 23 janvier 2002 consid. 4c). 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 celles dispensées à l'extérieur se révèlent néanmoins plus favorables parce qu'elles entraînent, 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

- 19 - supplémentaires au sens de l'art. 41 al. 3 LAMal (ATF 127 V 138 consid. 5 et les références citées; RAMA 2004 n° KV 273, p. 119; TFA K 14/05 du 22 juin 2005 consid.

4.1; TFA K 193/00 du 23 janvier 2002 consid. 4c; Eugster, op. cit., ch. 480 ss p. 561 ss, spéc. n. 482). Or, en l'espèce, rien n'indique – et le recourant ne prétend d'ailleurs pas – que les mesures thérapeutiques relativement courantes effectuées aux HUG (traitement de la dermohypodermite par antibiothérapie intraveineuse; réhydratation) n'auraient pas pu être dispensées dans un hôpital du canton de Vaud. En conséquence, le canton de Vaud est tenu de prendre en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs appliqués par les HUG aux résidents du canton de Genève uniquement pour la période d'hospitalisation allant du 21 au 23 août 2006. A partir du 24 août 2006, les conditions de l'urgence et donc celles de la prise en charge du traitement extra-cantonal selon l'art. 41 al. 3 LAMal n'étaient plus réalisées. d) Il résulte de ce qui précède que le recours interjeté contre la décision rendue le 22 août 2006 par le SSP doit être admis et la décision du SSP du 22 août 2006 réformée en ce sens que le canton de Vaud doit prendre en charge la part cantonale des frais de l'hospitalisation du recourant aux HUG pour la période d'hospitalisation allant du 21 au 23 août 2006, la garantie d'hospitalisation étant refusée pour le surplus.

#### **E. 4**

Dans sa décision sur opposition du 16 février 2007, la Caisse a appliqué le tarif de la division commune d'un établissement non signataire de la convention vaudoise d'hospitalisation, soit un montant de 461 fr. par jour d'hospitalisation et un forfait unique d'admission de 630 fr. Elle a ainsi fixé sa participation aux frais d'hospitalisation du recourant, du 21 au 29 août 2006, à la somme de 4'779 fr., dont elle a précisé dans sa réponse du 3 juillet 2007 qu'elle serait versée prochainement à l'assuré (cf. lettre C.b supra).

- 20 - Dans ses déterminations du 20 mai 2009, la Caisse relève que si la cour de céans devait annuler la décision du SSP et admettre les raisons médicales de l'hospitalisation du recourant aux HUG, la contribution due par la Caisse au titre de l'assurance obligatoire des soins devrait être calculée selon l'art. 41 al. 3 LAMal, soit selon le tarif que l'établissement applique aux résidents genevois; elle relève qu'en 2006, le tarif appliqué par les HUG aux résidents genevois se montait à 524 fr. par jour (cf. lettre D.f supra), contre 461 fr. par jour dans le canton de Vaud. Comme exposé ci-dessus (cf. consid. 2.b), le SSP 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 LAMal (art. 1 al. 1 DVLAMal). En l'espèce, le SSP a rendu le 22 août 2006 une décision de refus garantie qui doit être réformée en ce sens que la garantie ne doit être octroyée, pour les frais de l'hospitalisation du recourant aux HUG, que pour la période d'hospitalisation allant du 21 au 23 août 2006. Le solde de l'hospitalisation doit dès lors être pris en charge par la Caisse selon le tarif vaudois (y compris le forfait d'admission de 630 fr. puisque le recourant aurait pu être transféré dès le 24 août 2006 dans un établissement hospitalier du canton de Vaud). Le recours interjeté contre la décision sur opposition rendue le 16 février 2007 par la Caisse doit ainsi être partiellement admis et cette décision réformée en ce sens que la Caisse doit rembourser au recourant les coûts de l'hospitalisation du recourant aux HUG selon le tarif applicable aux résidents genevois pour la période d'hospitalisation allant du 21 au 23 août 2006 et selon le tarif applicable dans le canton de Vaud pour la période postérieure.

#### **E. 5**

a) En définitive, tant le recours dirigé contre la décision du SSP du 22 août 2006 que celui interjeté contre la décision sur opposition de la Caisse du 16 février 2007 doivent être partiellement admis. La décision du SSP du 22 août 2006 est réformée en ce sens que le

canton de Vaud doit prendre en charge la part cantonale des frais de l'hospitalisation du recourant aux HUG pour la période d'hospitalisation allant du 21 au 23 août 2006, la garantie d'hospitalisation étant refusée pour le surplus. La

- 21 - décision sur opposition du 16 février 2007 de la Caisse doit être réformée en ce sens qu'elle doit prendre en charge les coûts de l'hospitalisation du recourant aux HUG selon le tarif applicable aux résidents genevois pour la période d'hospitalisation allant du 21 au 23 août 2006 et selon le tarif applicable dans le canton de Vaud pour la période postérieure. b) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). Le recourant obtient partiellement gain de cause dans son recours contre la décision du SSP et a droit de la part de l'Etat de Vaud à des dépens réduits (art. 61 let. g LPGA; art. 55 et 56 al. 2 LPA-VD), qu'il convient de fixer équitablement à 1'200 fr. Il obtient également partiellement gain de cause dans son recours contre la décision de la Caisse et a droit de la part de celle-ci à des dépens réduits, qu'il convient de fixer équitablement à 400 fr.

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