

VD_GERICHTE ZE11.038112 vom 4. Februar 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-02-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE11.038112

FR: VD_GERICHTE ZE11.038112 du 4 février 2013

IT: VD_GERICHTE ZE11.038112 del 4 febbraio 2013

Erwägungen

E. 1

L'art. 2 al. 1 DVLAMal (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; RSV 832.071) dispose que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) est compétente pour statuer. En dérogation au principe général de l'art. 94 al. 1 let. a LPA-VD, selon lequel la composition de la cour dépend de la valeur litigieuse, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal statue dans tous les cas à trois juges en matière de recours contre des décisions prises par le SSP

- 4 - en application de l'art. 41 al. 3 LAMal (art. 2 al. 2, première phrase, DVLAMal). La LPA-VD est applicable pour le surplus (art. 2 al. 2, deuxième phrase, DVLAMal).

E. 2

Se pose à titre liminaire la question de savoir si le service juridique de l'Hôpital D. _____ a la qualité pour recourir. a) Dans un arrêt rendu le 27 mars 2009 (cause n° AM 80/08 – 11/2009), la cour de céans a dénié la qualité pour recourir au médecin d'un établissement hospitalier ayant contesté la décision litigieuse refusant la garantie pour le traitement extracantonal fourni dans ledit établissement, faute d'un intérêt propre ou personnel et digne de protection à ce qu'une autre décision soit prise. Elle a ajouté que le recours au Tribunal cantonal n'était en principe pas ouvert à celui qui défend uniquement l'intérêt général ou, en tant qu'agent d'une collectivité publique, l'intérêt de cette collectivité. b) En l'espèce, quand bien même ce n'est pas le médecin ayant opéré l'assurée qui a signé le recours, mais un collaborateur du service juridique de l'Hôpital D. _____, on peut se demander, au regard des considérants figurant dans l'arrêt précité, si le recours formé le 11 octobre 2011 est recevable. Il paraît en effet douteux que ce service dispose d'un intérêt personnel propre à l'annulation ou à la modification de la décision querellée. Cette question souffre toutefois de demeurer indécidée, dans la mesure où le recours doit de toute manière être rejeté pour les motifs suivants.

E. 3

a) Aux termes de l'art. 41 al. 3 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10), 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. 49a; à l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire. On qualifie d'«hospitalier» un séjour d'une durée d'au moins 24 heures à l'hôpital pour des examens, un traitement ou des

- 5 - soins. Un séjour de moins de 24 heures à l'hôpital est également réputé hospitalier s'il est lié à des examens, un traitement ou des soins et si un lit est en outre occupé durant une nuit (cf. Message du Conseil fédéral du 15 septembre 2004 concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [financement hospitalier], in: FF 2004 5207, 5234). Tel est le cas en l'espèce, puisqu'à la suite d'une complication opératoire, l'assurée a été hospitalisée une nuit en observation. b) Sont notamment réputés raisons médicales au sens de l'art. 41 al. 3 LAMal le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies dans un hôpital répertorié du canton de résidence de l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier (art. 41 al. 3bis let. b LAMal). Un cas d'urgence est réalisé 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 et la référence). En revanche, le canton de résidence de l'assuré n'est pas tenu de prendre en charge la différence de coûts en cause lorsqu'il existe un lien de connexité matériel et temporel entre une atteinte à la santé requérant des soins urgents dans un hôpital public ou subventionné hors du canton de résidence de l'assuré et un traitement administré hors du canton de résidence pour des raisons autres que médicales (au sens de l'art. 41 al. 3 LAMal). Ce lien de connexité est donné en particulier lorsque la situation d'urgence survient à l'occasion d'un traitement administré hors du canton. Il n'est pas déterminant que la maladie nécessitant l'aide médicale urgente ait été prévisible ou même qu'il ait existé une certaine probabilité qu'elle survînt (TFA K 81/05 du 13 avril 2006 consid. 5.3); il suffit en principe que l'atteinte à la santé nécessitant une prise en charge en urgence fasse partie des risques possibles de l'intervention médicale volontaire effectuée hors du canton de résidence. Constituent de tels risques toutes les maladies qui peuvent être favorisées par le traitement volontaire administré hors du canton de résidence. Il n'est pas déterminant à cet égard qu'il existe probablement, voire au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre

- 6 - l'atteinte à la santé qui commande des soins d'urgence et le traitement préalable (hors du canton de résidence), ou que cette atteinte soit au contraire considérée comme une maladie indépendante du point de vue thérapeutique et diagnostique. Il n'en va différemment que s'il apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la maladie nécessitant une prise en charge en urgence serait également survenue sans le traitement volontaire pratiqué hors du canton (TF 9C_812/2008 du 31 mars 2009 consid. 2.2 et la référence).

E. 4

En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'assurée a choisi, par convenance personnelle, de subir l'intervention pratiquée le 8 juillet 2011 à l'Hôpital D._____, établissement dont il est au demeurant constant qu'il n'est pas répertorié sur la liste du canton de résidence de l'intéressée. Cela étant, on ne voit pas que la complication survenue en cours d'opération, laquelle n'a pas présenté de risque vital, mais nécessité une période d'observation post-opératoire, serait survenue sans l'intervention, intervention dont la recourante avait pris le risque qu'elle soit administrée en-dehors de son canton de résidence. En d'autres termes, la complication ayant conduit à l'hospitalisation dans le cas d'espèce apparaît comme un risque inhérent au traitement dont a bénéficié l'intéressée hors de son canton de résidence, de sorte que l'on ne se trouve pas, au sens de la jurisprudence rappelée ci-dessus, dans une situation d'urgence commandant la prise en charge des prestations par le canton de

résidence. Il n'est par ailleurs pas contesté que l'on ne se trouve pas dans un cas où les soins médicaux requis par l'état de santé de l'assurée (opération de strabisme) ne pouvaient être fournis dans son canton de résidence. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle refuse la garantie de

- 7 - paiement pour le traitement subi par l'assurée à l'Hôpital D. _____ en juillet 2011.

E. 5

Le service juridique de l'Hôpital D. _____ sollicite enfin la mise en œuvre d'une expertise, compte tenu du refus de garantie de paiement opposé par l'intimé. Il sied de relever que le dossier constitué est suffisamment complet pour permettre à la juridiction de céans de statuer en toute connaissance de cause, de sorte que l'on ne voit pas ce qu'une telle mesure pourrait apporter à la solution du litige (sur l'appréciation anticipée des preuves: ATF 131 I 153 consid. 3 et les références). Il convient par conséquent d'écarter cette requête.

E. 6

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable, ce qui conduit à la confirmation de la décision entreprise. b) La procédure étant gratuite, le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; 830.1]), ni allocation de dépens vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

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