

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 novembre 2016

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Ducor, avocat à Genève,

et

**DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE DU CANTON DE VAUD**, à Lausanne, intimé.

---

**Art. 14bis LAI ; art. 39 al. 1 LAMal.**

## **E n f a i t :**

**A.** N.\_\_\_\_\_ a pour but l'exploitation d'un ou plusieurs hôpitaux, de permanences médicales et de centres médicaux et de soins en Suisse, notamment l'exploitation de l'Hôpital Q.\_\_\_\_\_, à [...], la Permanence D.\_\_\_\_\_, à [...], le Centre médical F.\_\_\_\_\_, à [...], et la Clinique S.\_\_\_\_\_, à [...].

L'Hôpital Q.\_\_\_\_\_ et la Clinique S.\_\_\_\_\_ figurent sur la liste genevoise des hôpitaux admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accident, au sens de l'art. 39 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10). Cette liste hospitalière a été établie par un arrêté du Conseil d'Etat du canton de Genève, du 23 novembre 2011 (9151-2011). Cet arrêté est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Il a été complété par un arrêté du Conseil d'Etat du canton de Genève, du 10 avril 2013 (2524-2013), entré en vigueur avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2013. Ces deux arrêtés prévoient, pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013, un mandat de prestations pour l'Hôpital Q.\_\_\_\_\_ (sites de [...] et [...]), dans les pôles d'activités suivants :

« E : Cardiologie, Vasculaire  
F : Digestif  
G : Gynécologie  
H : Orthopédie, Rhumatologie  
K : Uro-néphrologie  
M : Obstétrique »

Ils prévoient que le nombre annuel maximum de cas est fixé par le mandat de prestations. Des contrats de mandats de prestations ont par ailleurs été signés par le canton de Genève et N.\_\_\_\_\_, les 29 février et 29 mars 2012, pour un mandat portant sur la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2012, et les 18 mars et 11 avril 2013, pour un mandat portant sur la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2013. Le préambule de ces mandats se réfère au nouveau mode de financement hospitalier lié à la révision de la LAMal et aux nouvelles obligations des cantons en

matière de planification hospitalière. L'art. 1 précise que le mandat a pour objet de :

- « - confier à la clinique la réalisation d'un nombre défini de prestations hospitalières qui seront cofinancées par l'assurance obligatoire de soins et l'Etat conformément à la législation sur l'assurance-maladie, dans le/les pôle(s) d'activité pour le(s)quel(s) elle a été sélectionnée ;
- préciser le montant, l'affectation et les modalités de versement des rémunérations accordées par l'Etat ;
- fixer les obligations contractuelles. »

L'art. 2, relatif aux bases légales, se réfère à la LAMal, à l'OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), à la loi cantonale d'application de la LAMal et aux arrêtés du Conseil d'Etat fixant la part cantonale pour les traitements hospitaliers à 55 % pour les années 2012 et 2013.

L'art. 3, intitulé « Champ d'application », se réfère aux prestations de la LAMal à l'égard des personnes domiciliées dans le canton de Genève qui sont assurées à titre obligatoire contre la maladie auprès d'une assurance-maladie sociale suisse et pour lesquelles il existe une obligation d'admission au sens de l'art. 41a LAMal.

L'art. 5 de chacune des conventions attribue, pour chacun des pôles d'activité mentionnés dans le mandat de prestations, un nombre maximum de cas, alors que l'art. 6 prévoit une rémunération globale maximale des prestations (3'975'263 fr. pour le mandat de prestations 2012, 2'132'572 fr. pour le mandat de prestations 2013).

N.\_\_\_\_\_ et les établissements qu'elle exploite dans le canton de Genève ne figurent pas sur la liste vaudoise des hôpitaux admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accident, au sens de l'art. 39 LAMal.

**B.** Le 16 octobre 2013, N.\_\_\_\_\_ a adressé au Service de la santé publique du canton de Vaud une facture d'un montant de 1'169 fr. 75, correspondant à 20 % des frais d'hospitalisation, les 26 et 27

septembre 2013, dans l'un des établissements qu'elle exploite dans le canton de Genève, d'une patiente domiciliée dans le canton de Vaud (facture n° 2961878/9). Les mesures médicales avaient fait l'objet d'une décision de prise en charge par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud, du 7 novembre 2013.

Le 20 mars 2014, N.\_\_\_\_\_ a adressé au Service de la santé publique du canton de Vaud une facture d'un montant de 666 fr. 75, correspondant à 20 % des frais d'hospitalisation, les 19 et 20 août 2013, dans l'un des établissements qu'elle exploite dans le canton de Genève, d'un patient domicilié dans le canton de Vaud (facture n° 3048197/9).

Le 17 décembre 2014, le Service de la santé publique du canton de Vaud a refusé de payer les factures des 16 octobre 2013 et 20 mars 2014 au motif que l'Etat de Vaud ne versait sa participation financière dans les cas d'hospitalisation hors canton qu'en cas d'urgence ou, pour les hospitalisations relevant du libre choix, si l'hôpital était en mesure de justifier que celles-ci entraient dans la limite des cas LAMal annuels octroyés dans le cadre de la planification hospitalière du canton de Genève.

Le 23 décembre 2014, N.\_\_\_\_\_ a écrit au Service de la santé publique du canton de Vaud que les deux factures en cause ne relevaient pas de la LAMal, mais de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). Cette dernière loi prévoyait une participation cantonale de 20 % aux frais d'hospitalisation.

Le 22 janvier 2015, le Service de la santé publique du canton de Vaud a maintenu son refus de payer, au motif que dans le canton de Vaud, « les cas A.I. pris en charge par des cliniques privées listées sur la liste LAMal vaudoise sont, tout comme les cas LAMal, comptabilisés dans le quota d'hospitalisations accordé auxdites cliniques ».

Le 13 février 2015, Me Ducor, représentant N.\_\_\_\_\_, a contesté ce point de vue au motif, d'une part, que les quotas fixés dans

les mandats de prestations genevois ne concernaient pas les hospitalisations de patients résidant dans le canton de Vaud et, d'autre part, qu'ils concernaient les hospitalisations à charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et non les hospitalisations à charge de l'assurance-invalidité.

Par décision du 23 avril 2015, le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud a rendu une décision formelle de refus de prester.

**C.** Par acte du 26 mai 2015, N.\_\_\_\_\_ a interjeté un recours de droit administratif contre cette décision, dont elle demande l'annulation. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à ce que l'Etat de Vaud soit condamné au paiement des factures n° 2961878/9 du 20 mars 2014 et n° 3048197/9 du 16 octobre 2013, soit un montant de 1'836 fr. 50, plus intérêt à 5 % l'an dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014, à la constatation que l'Etat de Vaud « est tenu de verser à N.\_\_\_\_\_ la part cantonale de 20 % des frais d'hospitalisation au titre de mesures médicales de l'assurance-invalidité pour les patients résidant dans le canton de Vaud », et à la constatation que « l'Etat de Vaud doit à l'avenir s'acquitter des factures adressées au Service de la santé publique du canton de Vaud pour les prestations fournies à des patients résidant dans le canton de Vaud, hospitalisés dans les établissements exploités par N.\_\_\_\_\_ pour y bénéficier de mesures médicales de l'assurance-invalidité ».

L'intimé a conclu, en substance, au rejet du recours, le 27 novembre 2015. Les parties ont maintenu leurs conclusions respectives dans les déterminations complémentaires qu'elles ont déposées les 21 décembre 2015 et 2 mai 2016, pour la recourante, et le 27 janvier 2016 pour l'intimé.

**D.** Parallèlement à la présente procédure, un autre litige a opposé les parties devant la Cour de céans à propos du refus de l'Etat de Vaud de prendre en charge le financement résiduel des soins prévu par la LAMal, pour des hospitalisations dans une clinique privée au bénéfice d'un

mandat de prestations genevois de patients résidant dans le canton de Vaud, lorsque la limite quantitative fixée par le mandat de prestations était dépassée. Il s'agissait en particulier de déterminer si les limites quantitatives fixées dans le mandat de prestations genevois étaient applicables aux patients en provenance d'autres cantons. La Cour de céans a statué sur la question de principe le 14 juillet 2015 (cause AM 15/14 - 27/2015) et a renvoyé la cause à l'administration pour qu'elle statue à nouveau au regard des considérants. Elle a statué sur un nouveau recours le 7 juin 2016 (cause AM 8/16 - 28/2016). Cet arrêt a fait l'objet d'un recours au Tribunal fédéral, qui n'a pas statué à ce jour.

**E.** Le 17 octobre 2016, le tribunal a informé les parties du fait que la cause paraissait suffisamment instruite et que sauf nouvelle réquisition dans un délai échéant le 28 octobre 2016, un jugement serait rendu.

### **E n d r o i t :**

**1.** **a)** Aux termes de l'art. 39 al. 1 LAMal, les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis à la charge de l'assurance obligatoire des soins s'ils :

- a. garantissent une assistance médicale suffisante ;
- b. disposent du personnel qualifié nécessaire ;
- c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments ;
- d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate ;
- e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.

Les cantons coordonnent leur planification (art. 39 al. 2 LAMal).

**b)** Selon la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2008, les fournisseurs de prestations établissaient leurs factures sur la base de tarifs ou de prix fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (ancien art. 43 al. 1 et 4 LAMal). Les conventions tarifaires devaient être approuvées par le gouvernement cantonal compétent ou, si elles couvraient toute la Suisse, par le Conseil fédéral (art. 46 al. 4 LAMal, resté inchangé). A défaut de convention, le gouvernement cantonal fixait le tarif, après avoir consulté les intéressés (art. 47 al. 1 LAMal, resté inchangé). Pour rémunérer le traitement hospitalier, les parties à une convention devaient convenir de forfaits couvrant, pour les habitants du canton, au maximum 50 % des coûts imputables dans la division commune d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics (ancien art. 49 al. 1, 1<sup>re</sup> phrase, LAMal).

L'assuré avait le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. En cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, l'assureur ne prenait en charge les coûts que jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton de résidence de l'assuré (ancien art. 41 al. 1 LAMal). Toutefois, si, pour des raisons médicales, l'assuré recourait à un autre fournisseur de prestations (hospitalisation extra-cantonale), l'assureur prenait en charge les coûts d'après le tarif applicable à cet autre fournisseur de prestations (ancien art. 41 al. 2 LAMal). Si, toujours pour des raisons médicales, l'assuré recourait aux services d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics situé hors de son canton de résidence, ce canton prenait en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs que l'hôpital appliquait aux résidents du canton (ancien art. 41 al. 3 LAMal). Etaient réputées raisons médicales, au sens des dispositions citées, la situation d'urgence et la situation où les prestations nécessaires ne pouvaient être fournies ni dans le canton où résidait l'assuré, en cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, ni dans un hôpital en dehors de ce canton qui figurait sur la liste dressée par le canton où résidait l'assuré, en application de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal (ancien art. 41 al. 2 let. b LAMal).

Il résultait de cette législation que le canton de résidence de l'assuré ne prenait en principe pas en charge le financement d'hospitalisations extra-cantoniales décidées par convenance personnelle. En revanche, en cas d'urgence, ou en cas de traitement nécessaire hors canton, le canton de résidence prenait une partie des coûts en charge, conformément à l'ancien art. 41 al. 3 LAMal. Dans le canton de Vaud, le Décret relatif à l'application dans le canton de Vaud de l'art. 41 al. 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 23 septembre 1997 (DVLAMal ; RSV 832.071) prévoit que le Service de la santé publique du Département en charge de la santé est compétent pour émettre la garantie de prise en charge financière de la part cantonale dans les cas d'hospitalisation extra-cantonale médicalement justifiée (art. 1 al. 1 DVLAMal).

**c)** La LAMal a fait l'objet d'une révision, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, sur la question du financement hospitalier (loi fédérale sur l'assurance-maladie [LAMal] [financement hospitalier], modification du 21 décembre 2007, RO 2008 2049). Désormais, pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (art. 39 al. 1 LAMal), les parties à une convention conviennent de forfaits (art. 49 al. 1, 1<sup>re</sup> phrase, LAMal). Les rémunérations au sens de cette disposition sont prises en charge par le canton et les assureurs, selon leur part respective (art. 49a al. 1 LAMal). Le canton fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de l'année civile, la part cantonale pour les habitants du canton. Celle-ci se monte à 55 % au moins (art. 49a al. 2 LAMal). Le canton de résidence verse sa part de la rémunération directement à l'hôpital. Les modalités sont convenues entre l'hôpital et le canton. L'assureur et le canton peuvent convenir que le canton paie sa part à l'assureur et que ce dernier verse les deux parts à l'hôpital. La facturation entre l'hôpital et l'assureur est réglée à l'art. 42 (art. 49a al. 3 LAMal).

La révision comprend un nouvel art. 41 al. 1bis LAMal d'après lequel, 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. 49a jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence (art. 41 al. 1bis 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. 49a. A l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire (art. 41 al. 3 LAMal).

**d)** Dans un ATF 130 V 215, du 11 février 2004, le Tribunal fédéral a considéré qu'en cas de litige entre un établissement hospitalier et un canton, relatif au financement résiduel des soins en cas d'hospitalisation hors canton au sens de l'art. 41 al. 3 LAMal (dans sa teneur en vigueur à l'époque), le canton occupait une position analogue à celle d'un assureur (consid. 5.4.1 in fine). Le financement résiduel des frais d'hospitalisation par les cantons revêt toutefois le caractère d'une subvention et inclut des éléments étrangers au domaine de l'assurance, de sorte que les cantons ne peuvent pas, dans ce contexte, être assimilés purement et simplement à des assureurs (arrêt cité, consid. 5.4.2 sv.). En particulier, dans le canton de Vaud, la question du financement résiduel par le canton, pour les établissements figurant sur la liste hospitalière vaudoise, relève notamment de la loi cantonale sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public, du 5 décembre 1978 (LPFES ; RSV 810.01) et de ses règlements d'application. Les cantons ne peuvent pas davantage être assimilés à des organes d'exécution de même niveau que les assureurs sociaux au sens de l'article 34 LPGa (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1). Le Tribunal fédéral en a conclu que la question de la procédure applicable en cas de litige relatif au financement résiduel des frais d'hospitalisation par les cantons ne rentre pas dans le champ d'application des dispositions procédurales de la LPGa et reste, comme avant l'entrée en vigueur de cette loi, de la compétence des cantons (arrêt

cité, consid. 6.3.2 ; cf. également ATF 138 V 377 consid. 5.2 ; 140 V 563 consid. 4.1).

**e)** Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe d'un financement des frais d'hospitalisation par le canton, à raison de 20 %, a été posé par l'art. 14bis LAI, introduit par la loi fédérale du 15 juin 2012 modifiant la LAI (6<sup>e</sup> révision AI, deuxième volet, dite « révision 6b »). L'art. 14bis LAI est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013. L'art. 1 al. 1 LAI déclare la LPGA applicable à la procédure en matière d'assurance-invalidité, en se référant aux art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI. Cette disposition a toutefois été adoptée avant l'introduction de l'art. 14bis LAI et rien n'indique dans les travaux préparatoires du législateur fédéral, relatifs à cette disposition, qu'il se soit soucié de la procédure applicable aux éventuels litiges (cf. BO CE 2011 1196 ss, BO CN 2012 707 ss). Par ailleurs, l'art. 1 al. 2 LAI exclut l'application de la LPGA aux litiges en matière de subventions (art. 72 ss LAI) et les rapports entre fournisseurs de prestations et assureurs sont également soustraits à la procédure par voie décisionnelle (art. 49 ss LPGA) puis par voie de recours subséquent (art. 56 ss LPGA). Une action devant un tribunal arbitral des assurances est prévue pour ce type de litiges (art. 27bis LAI). Enfin, la LPGA n'est pas une législation adaptée aux litiges entre fournisseurs de prestations et cantons relativement au financement résiduel des soins, dans la mesure où elle concerne plutôt des procédures administratives menées par des assureurs sociaux ainsi que les recours contre les décisions rendues par ces assureurs, dans des litiges directement liés à un rapport d'assurance (affiliation, cotisations, prestations de l'assureur). Pour ces motifs, ainsi que pour ceux déjà exposés aux considérants 1a à 1d ci-avant, il convient de constater que la procédure relative au financement résiduel des frais d'hospitalisation par les cantons est régie, dans le domaine de l'assurance-invalidité comme dans le domaine de la LAMal, par le droit cantonal. En l'occurrence, c'est donc à juste titre que l'intimé n'a pas indiqué la voie de la procédure d'opposition selon l'art. 52 al. 1 LPGA comme voie de droit contre la décision litigieuse et qu'il a appliqué la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36).

**f)** Dans le canton de Vaud, les décisions de refus de garantie du canton pour une hospitalisation extracantonale, dans le cadre de la LAMal, pouvaient faire l'objet d'un recours de droit administratif devant le Tribunal cantonal des assurances, selon la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2008 (art. 2 al. 1 DVLAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2009). En raison de la suppression de ce tribunal et de la création d'une Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, au 1<sup>er</sup> janvier 2009, le DVLAMal a été modifié et attribue désormais ce contentieux à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 2 al. 1 DVLAMal ; art. 93 al. 1 let. b LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal statue à trois juges et la LPA-VD est applicable pour le surplus (art. 2 al. 2 DVLAMal). Il ressort de ces dispositions, d'une part, que le législateur cantonal n'a pas considéré que la LPGA était applicable aux litiges relatifs au financement résiduel des frais hospitaliers, de manière générale, et notamment en cas d'hospitalisation extracantonale, puisqu'il renvoie expressément à la LPA-VD. D'autre part, le législateur cantonal a réservé la compétence de la Cour des assurances sociales, en dérogation à la compétence générale de la Cour de droit administratif et public en matière de droit public (art. 83 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01] et 92 LPA-VD), pour les litiges relatifs au financement résiduel des frais d'hospitalisations extracantonales.

**g)** Il résulte de ce qui précède que la Cour des assurances sociales est compétente pour statuer sur les recours relatifs au financement résiduel des frais d'hospitalisation extracantonale dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. L'article 93 al. 1 let. b LPA-VD vise certes, prioritairement, les recours contre les décisions par lesquelles le canton n'admet pas les raisons médicales au sens de l'art. 41 al. 3 LAMal, invoquées par l'assuré pour justifier une hospitalisation extracantonale. Il convient toutefois également d'admettre son application dans les litiges résultant de l'art. 41 al. 1bis, 2<sup>e</sup> phrase, LAMal, lorsque le litige résulte précisément du caractère extracantonale de l'hospitalisation. Les dispositions de droit cantonal vaudois sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public, ainsi que sur

les mandats de prestations cantonaux, qui justifieraient l'examen du litige par la Cour de droit administratif et public plutôt que par la Cour des assurances sociales, en cas de litige relatif au financement résiduel, ne trouvent précisément pas à s'appliquer lorsque l'hospitalisation n'a pas lieu dans un établissement figurant sur la liste hospitalière cantonale vaudoise. Pour les mêmes motifs, il convient d'appliquer ces dispositions, par analogie, en cas de litige relatif au financement résiduel des frais d'hospitalisation extra-cantonale dans le cadre de la LAI.

**2.** Le litige porte sur l'obligation de l'Etat de Vaud de prendre en charge les factures n° 2961878/9 du 16 octobre 2013 et n° 3048197/9 du 20 mars 2014 de la recourante, pour un montant total, en capital, de 1'836 fr. 50. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si les limitations quantitatives fixées par le mandat de prestations délivré à la recourante par le canton de Genève est applicable dans le domaine de l'assurance-invalidité, d'une part, et aux patients ne résidant pas dans le canton de Genève, d'autre part.

Les conclusions constatatoires de la recourante sont irrecevables, faute d'intérêt digne de protection, dès lors que les questions juridiques qui se posent peuvent être tranchées en statuant sur les conclusions condamnatoires (cf. ATF 126 II 303 consid. 2c, 125 V 24 consid. 1b, 121 V 317 consid. 4a ; André Grisel, *Traité de droit administratif*, vol. II, Neuchâtel 1984, p. 867).

**3.** L'intimé appuie son refus sur le renvoi de l'art. 14bis LAI à l'art. 39 LAMal. Il estime qu'en vertu de ce renvoi, il n'est tenu d'assumer le financement résiduel des frais d'hospitalisation que pour les patients hospitalisés dans un établissement figurant sur une liste hospitalière cantonale, dans les limites quantitatives fixées par le mandat de prestations délivré à cet établissement par le canton concerné. La recourante conteste ce point de vue et soutient que le renvoi de l'art. 14bis LAI à l'art. 39 LAMal ne concerne que l'art. 39 al. 1 let. a à c – relatif à la garantie de la qualité des soins – à l'exclusion de l'art. 39 al. 1 let. d et e relatif à la planification hospitalière. En particulier, elle conteste que les

limites quantitatives figurant dans certains mandats de prestations cantonaux soient applicables dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle soutient, par ailleurs, que dans le domaine de la LAMal comme dans celui de l'assurance-invalidité, ces limites quantitatives ne sont de toute façon pas applicables aux patients en provenance d'autres cantons que celui ayant délivré le mandat de prestations.

**4. a)** Aux termes de l'art. 14bis LAI, les frais des traitements entrepris de manière stationnaire au sens de l'art. 14, al. 1 et 2, dans un hôpital admis en vertu de l'art. 39 LAMal sont pris en charge à hauteur de 80 % par l'assurance et de 20 % par le canton de résidence de l'assuré. Le canton de résidence verse sa part directement à l'hôpital.

**b)** D'un point de vue historique, les cantons ont pris en charge, dès 1987, 20 % des frais d'hospitalisation stationnaire dans les cas relevant de la compétence de l'assurance-invalidité, cette assurance assumant le solde, soit 80 % des frais. Cette répartition faisait suite à un accord informel entre les cantons, par l'intermédiaire des Directeurs cantonaux de la santé, et l'Office fédéral des assurances sociales, pour l'assurance-invalidité. A la suite de l'introduction du nouveau système de financement hospitalier, les cantons ont dénoncé cet accord. Le législateur fédéral a toutefois estimé nécessaire de maintenir cette clé de répartition et de l'ancrer dans la loi, à l'art. 14bis LAI. Cette disposition ne faisait pas partie du projet du Conseil fédéral et a été introduite lors des discussions parlementaires, sur proposition de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (BO CE 2011 1196 ss). Le Conseil national a adopté la proposition du Conseil des Etats, en la modifiant toutefois en ce sens que seuls les frais d'hospitalisation dans un hôpital admis en vertu de l'art. 39 LAMal, autrement dit les hôpitaux figurant sur une liste hospitalière cantonale (Listenspitäler) étaient couverts (BO CN 2012 p. 712, voir également BO CE 2012 p. 396). Ces travaux parlementaires constituent un indice sérieux de la volonté du Parlement de maintenir le statu quo par rapport à la situation prévalant sur la base d'un accord informel entre les cantons et la Confédération, depuis 1987. Il convient toutefois de souligner, dans ce contexte, que selon la pratique

résultant de l'accord informel mentionné ci-avant, le canton de résidence ne prenait en charge le 20 % des frais qu'en cas d'hospitalisation dans un hôpital public de ce canton ou subventionné par ce canton ; en revanche, en cas d'hospitalisation hors canton, l'assurance-invalidité prenait en charge la totalité des frais (rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national, du 28 octobre 2008, à la suite de la motion Müller Walter [objet 7.3430], ch. 2 « Avis du Conseil fédéral » ; le rapport peut être consulté sur le site internet [www.parlement.ch](http://www.parlement.ch), sous le numéro 20073430).

Par ailleurs, ainsi que le souligne la recourante, les discussions parlementaires relatives à l'art. 14bis LAI se sont assez largement référées à la motion Müller Walter demandant que les frais facturés en cas d'hospitalisation soient identiques dans l'assurance-invalidité et dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Plusieurs intervenants ont ainsi souligné que la LAMal prévoyait un système de financement dual, mettant au moins 55 % des frais d'hospitalisation à la charge du canton, de sorte qu'une disposition maintenant un statu quo dans l'assurance-invalidité, avec un financement dual prévoyant de laisser 20 % des frais à la charge des cantons, paraissait un compromis acceptable. C'est dans ce contexte que la proposition du Conseil des Etats a été acceptée par le Conseil national, avec toutefois l'introduction d'une référence à l'art. 39 LAMal (cf. BO CN 2012 p. 707). On peut raisonnablement considérer que cette référence a été introduite précisément pour permettre aux cantons, dès lors que le principe d'un financement dual était formellement introduit dans l'assurance-invalidité, d'exercer leur compétence en matière de planification hospitalière également dans cette branche d'assurance.

**c)** D'un point de vue littéral et systématique, l'art. 14bis LAI renvoie à l'art. 39 LAMal, sans limiter le renvoi aux seules lettres a à c de l'alinéa 1 de cette disposition. L'art. 39 al. 1 let. d et e LAMal est donc inclus dans ce renvoi, de même que les alinéas suivants relatifs à la planification hospitalière et à la nécessaire coordination intercantonale en la matière. D'un point de vue téléologique, il n'y a par ailleurs aucun motif de considérer que la planification hospitalière ne devrait pas inclure le

besoin en soins de la population dans le cadre de l'assurance-invalidité et devrait uniquement concerner le besoin en soins faisant l'objet d'une couverture LAMal. Le but poursuivi par les quotas de prestations fixés dans les mandats de prestations des cantons aux établissements de soins figurant sur leurs listes hospitalières est aussi valable pour les traitements à charge de l'assurance-invalidité que pour ceux à la charge de l'assurance obligatoire des soins, sans qu'il appartienne à la Cour de céans de se prononcer sur l'opportunité de tels quotas.

**d)** La recourante se prévaut de la convention tarifaire qu'elle a conclue avec la Commission des tarifs médicaux LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), pour les assureurs selon la LAA, l'Office fédéral des assurances sociales, pour l'assurance-invalidité, et la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), pour l'assurance-militaire. Cette convention tarifaire correspond toutefois, *mutatis mutandis*, aux conventions conclues avec les assureurs-maladie pour l'application de la LAMal. De telles conventions ne limitent pas les compétences des cantons en matière de planification hospitalière. Ils n'y sont pas parties et ne sauraient être tenus de prêter en raison d'un engagement pris par l'une ou l'autre assurance sociale vis-à-vis d'un prestataire de soins. Le fait que l'Office de l'assurance-invalidité compétent évalue la nécessité d'un traitement avant de décider sa prise en charge n'est pas davantage déterminant. D'une part, le canton de résidence ne participe pas à la procédure devant l'Office de l'assurance-invalidité et ne se voit pas notifier la décision en question, contre laquelle il ne dispose d'aucune voie de recours. D'autre part, les assureurs-maladie doivent également vérifier l'adéquation et l'économicité d'un traitement, et peuvent refuser la prise en charge d'un traitement qui ne répond pas à ces conditions (cf. art. 32 à 34 et art. 56 al. 2 LAMal), ce qui n'empêche pas les cantons de prévoir des limitations quantitatives dans leurs mandats de prestations aux hôpitaux.

**e)** Compte tenu de ce qui précède, il convient de considérer que l'art. 14bis LAI n'impose pas au canton de résidence la prise en charge, à raison de 20 %, du financement résiduel d'un traitement dans

un établissement ne figurant pas sur une liste hospitalière cantonale, ou dans un établissement figurant sur une liste hospitalière cantonale, mais ayant épuisé le quota de prestations maximal fixé par le mandat de prestations cantonal.

**5.** La recourante soutient que le quota de prestations figurant dans le mandat de prestations que lui a confié le canton de Genève concerne exclusivement les assurés LAMal. Il est vrai que le mandat de prestations lui-même ne mentionne que les traitements à la charge de l'assurance-obligatoire des soins en cas de maladie. Toutefois, à suivre le raisonnement de la recourante, elle ne bénéficierait d'aucun mandat pour les traitements à la charge de l'assurance-invalidité. En réalité, force est plutôt de constater que le mandat de prestations comme tel ne mentionne que la LAMal, parce qu'il a été établi en application de l'art. 39 LAMal, auquel renvoie précisément l'art. 14bis LAI. Il ressort d'ailleurs du rapport du Conseil d'Etat du canton de Genève au Grand Conseil sur la planification sanitaire du canton de Genève 2012-2015 (pièce 4 produite par la recourante) que les besoins en soins aigus pour tous les patients du canton ont été pris en considération – toutes assurances confondues (LAMal, LAA, LAI, LCA [loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1], etc.) – pour la planification, notamment pour les mandats de prestations confiés aux cliniques privées (rapport cité, p. 68). Le rapport indique, au passage, que les flux de patients en direction ou en provenance d'autres cantons ont également été pris en considération pour la planification des besoins en soins (rapport cité, pp. 62 à 65).

**6.** La recourante conteste que les quotas fixés dans les mandats de prestations attribués par un canton soient applicables aux assurés résidant dans un autre canton. Cette question a fait l'objet d'un examen dans les arrêts rendus les 14 juillet 2015 (cause AM 15/14 – 27/2015) et 7 juin 2016 (cause AM 8/16 – 28/2016) par la Cour de céans. Dès lors que l'on considère que le renvoi de l'art. 14bis LAI à l'art. 39 LAMal concerne aussi l'art. 39 al. 1 let. d et e, il n'y a aucun motif de s'en écarter en l'espèce et il convient d'y renvoyer intégralement la recourante.

**7.** Dans l'arrêt qu'elle a rendu le 14 juillet 2015 (cause AM 15/14 - 27/2015) relatif au financement résiduel des frais d'hospitalisation hors canton au titre de la LAMal, la Cour de céans a observé que le refus de prester de l'Etat de Vaud découlait d'un changement de pratique et qu'il lui appartenait de laisser un temps d'adaptation aux recourantes - dont la N. \_\_\_\_\_ -, conformément au droit constitutionnel à la protection de la bonne foi (art. 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]). Il s'ensuivait que l'Etat de Vaud devait prendre en charge le financement résiduel pour les hospitalisations ayant débuté jusqu'au 10 septembre 2013, dans la mesure où il n'avait communiqué son changement de pratique que le 26 août 2013. Il convient d'appliquer ce même délai d'adaptation en l'espèce, de sorte que les frais d'hospitalisation faisant l'objet de la facture du 20 mars 2014, pour une hospitalisation du 19 au 20 août 2013, doivent être pris en charge par le canton de Vaud. Le recours sera admis sur ce point, étant toutefois précisé que cette créance de la recourante ne donne pas lieu au paiement d'un intérêt de 5 % l'an dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014, en l'absence de toute base légale permettant de fixer une telle obligation.

**8.** La recourante obtient partiellement gain de cause et peut prétendre des dépens à la charge de l'intimé. Il convient toutefois de prendre en considération le fait que seule une partie des conclusions de la recourante a été admise, de sorte que ces dépens seront réduits et fixés à 2000 fr., TVA comprise (art. 55 al. 1 et 56 al. 2 LPA-VD ; art. 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). La recourante supportera une part des frais de justice, fixée à 600 fr., dans la mesure où elle n'obtient que partiellement gain de cause (art. 49 al. 1 LPA-VD ; art. 4 al. 1 TFJDA). L'Etat de Vaud n'encourt pas de frais de justice (art. 52 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est partiellement admis et la décision rendue le 23 avril 2015 par le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud est réformée en ce sens que la facture n° 3048197/9 du 20 mars 2014, portant sur un montant de 666 fr. 75, sera prise en charge par le canton de Vaud.
  
- II. Pour le surplus, le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision rendue le 23 avril 2015 par le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud est confirmée en tant qu'elle porte sur la facture n° 2961878/9 du 16 octobre 2013.
  
- III. L'Etat de Vaud, par le Département de la santé et de l'action sociale, versera une indemnité de dépens de 2000 fr. (deux mille francs) à N.\_\_\_\_\_.
  
- IV. N.\_\_\_\_\_ supportera une part des frais de justice, arrêtée à 600 fr. (six cents francs).

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Philippe Ducor (pour N.\_\_\_\_\_)
- Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

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 :