

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 octobre 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mmes Lanz Pleines et Röthenbacher
Greffier : M. Laurent

Cause pendante entre :

B._____, à [...], recourant, représenté par Me Cornelia Seeger Tappy,
avocate à Vevey,

et

SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, à Lausanne, intimé.

Art. 41 al. 2 et 3 aLAMal; 93 al. 1 let. b, 117 al. 1 LPA-VD; 2 al. 1 DVLAMal

E n f a i t :

A. B._____, domicilié à [...], dans le canton de Vaud, est né le 18 avril 1950. Il est assuré en matière d'assurance maladie auprès d'I._____.

Du 19 mars au 13 octobre 2008, l'assuré a séjourné à l'Abbaye E._____, à [...], dans le canton de Fribourg, période durant laquelle il a travaillé bénévolement, notamment en effectuant des travaux de jardinage.

B. a) B._____ a été opéré, le 9 mai 2008, à l'hôpital P._____, site de Fribourg, à la suite d'une fracture du col du fémur gauche. Le protocole opératoire, signé par les Drs F._____ et K._____, respectivement chef de clinique et médecin-assistant, mentionne notamment ce qui suit :

“INDICATION

La fracture susmentionnée a été mise en évidence dans notre service d'urgence suite à un traumatisme subi par le patient il y a une bonne semaine, lors d'un accident de jardinage. Le patient parvenait encore à marcher à l'aide de cannes, avec fortes douleurs. Au vu de son âge, nous lui conseillons la mise en place d'une prothèse totale de hanche gauche. Le patient est informé du déroulement de l'intervention ainsi que des risques per- et post-opératoires. Il nous donne son accord pour l'intervention et signe le formulaire d'information et de consentement.”

L'assuré est resté hospitalisé du 6 au 19 mai 2008. Le motif d'hospitalisation indiqué dans le rapport de sortie du 4 juin 2008 est le suivant : *“admission d'urgence”*.

La facture finale de l'hôpital P._____ pour la prise en charge de l'assuré s'est élevée à 21'910 francs. Par envoi du 15 octobre 2008, l'hôpital P._____ a requis de l'assuré qu'il règle le solde qui n'était pas

pris en charge par son assurance maladie, à concurrence de 13'930 francs.

b) Par décision du 19 mai 2008, le Service de la santé publique (ci-après : SSP) a refusé la garantie de prise en charge financière de la part cantonale, telle que requise le 16 mai 2008 par l'hôpital P._____, pour le motif que le traitement était réalisable dans le canton de résidence du patient et que l'urgence n'était pas spécifiée.

c) Dans une lettre du 6 juin 2008 adressée au SSP, le Dr C._____, médecin-chef de l'hôpital P._____, et le Dr F._____ ont écrit ce qui suit :

“En date du 05.06.2008, nous avons reçu un courrier de Madame [...], l'ex-épouse du patient mentionné sous rubrique, nous informant de la décision négative prise par le service de la santé publique concernant la garantie de paiement pour traitements extracantonaux.

C'est pourquoi nous tenons à rappeler, par la présente, que toute fracture, par définition, correspond à une urgence. Dans le cas qui nous occupe, le patient a subi un traumatisme lors de travaux de jardinage. Il s'est rendu chez son médecin traitant, le Dr D._____, qui nous l'a confié pour prise en charge. Après mise en évidence de la fracture à l'examen radiologique et au vu des douleurs importantes décrites par le patient, l'indication à l'implantation d'une prothèse de hanche était clairement donnée.

De plus, il est à relever que lors de son entrée, Monsieur B._____ nous a indiqué habiter à l'Abbaye E._____, à [...], donc le canton de Fribourg.

Compte tenu de l'urgence de la prise en charge et de la situation personnelle du patient, nous vous prions de bien vouloir reconsidérer votre position.”

d) Par décision sur opposition du 20 juin 2008, le SSP a confirmé le refus de la garantie de prise en charge financière de la part cantonale, estimant que les conditions de l'art. 41 al. 3 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10), dans sa teneur en vigueur à l'époque, n'étaient pas réalisées.

C. a) B._____ a recouru contre cette décision devant le Tribunal des assurances en concluant implicitement à l'octroi de la garantie de prise en charge financière de la part cantonale. Il soutient que le critère de l'urgence était réalisé, dès lors qu'après avoir été adressé à l'hôpital P._____ par le Dr D._____, il a été immédiatement hospitalisé et immobilisé en attendant l'intervention du 9 mai 2008.

b) Dans sa réponse du 17 septembre 2008, le SSP a conclu au rejet du recours. Il soutient que, médicalement, une fracture est en principe une urgence, mais que la règle n'est pas absolue. Or, le service intimé relève que la demande de garantie ne mentionnait ni l'urgence, ni le lieu, ni la date de survenance de la fracture, ces éléments ainsi que le diagnostic étant pourtant déterminants pour l'octroi ou le refus de garantie. De plus, le SSP soutient que, dans la mesure où le recourant a été hospitalisé le 6 mai 2008, puis opéré le 9 mai suivant, l'opération n'était pas urgente, de sorte que le patient aurait pu être admis à l'Hôpital de Payerne. En outre, selon le rapport opératoire daté du 9 mai 2008, le traumatisme résultait d'un événement survenu une semaine avant l'hospitalisation, ce qui confirme, de l'avis de l'intimé, qu'une fracture ne doit pas être systématiquement considérée comme une urgence. Le SSP soutient encore que, dans un premier temps, un traitement ambulatoire a été prescrit au recourant, puis qu'il s'est rendu chez son médecin traitant, le Dr D._____, qui l'a adressé à l'hôpital P._____. Cela démontre, pour l'intimé, qu'il s'agit d'un choix du patient et/ou du médecin traitant.

c) Dans sa réplique du 27 novembre 2008, le recourant a principalement conclu à la réforme de la décision entreprise en ce sens que la garantie de paiement pour traitement extracantonale lui est octroyée et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause au SSP, afin qu'il informe l'hôpital P._____ que B._____ avait sa résidence dans le canton de Fribourg au moment de son hospitalisation.

d) Dans sa duplique du 17 septembre 2008, l'intimé a maintenu ses conclusions en rejet du recours.

D. a) Interpellé en cours de procédure, le Dr D. _____ a répondu, par envoi du 29 décembre 2009, que le recourant l'avait consulté le 6 mai 2008 en raison de douleurs de la hanche gauche et qu'il était venu à pied à sa consultation. Le bilan radiologique montrant une altération de la structure du col du fémur, le médecin avait adressé le recourant au service des urgences de hôpital P. _____, site de [...], pour complément d'investigation et avis orthopédique pour la suite à donner. Il s'agissait du service d'urgences le plus proche de son cabinet et du lieu où séjournait le patient. Au moment où il avait adressé B. _____ au service des urgences, il n'était pas du tout clair que le patient devrait subir une intervention. Le Dr D. _____ a indiqué qu'il ignorait que le recourant était domicilié dans le canton de Vaud.

b) Interpellé également, le Dr F. _____ a répondu ce qui suit au questionnaire qui lui avait été soumis :

- "1. Quel est le degré de douleurs liées à une fracture du col du fémur ?
Les douleurs sont importantes.*
- 2. Est-il usuel de devoir rester immobile en chambre avec de telles douleurs?
Oui.*
- 3. Le cas de Monsieur B. _____ nécessitait-il des soins immédiats ?
La prise en charge dans les premières 12 à 24 heures après admission d'un patient présentant un tel diagnostic est habituelle.*
- 4. Considérez-vous que les soins aient dû être administrés sans tarder ?
Voir question 3.*
- 5. Au vu de son état, Monsieur B. _____ était-il transportable dans un autre canton respectivement le canton de Vaud ?
Cette question est toute relative. En effet, dans l'absolu, le patient pourrait presque dans tout état être transporté. Dans le cas de Monsieur B. _____, un tel transport aurait été lié à d'autres facteurs tels que des douleurs importantes.*

6. *Etait-il possible ou approprié d'imposer à l'assuré un tel rapatriement ?
Ethiquement, il est difficile de justifier un tel rapatriement.*
7. *Un rapatriement dans le canton de Vaud a-t-il par ailleurs été envisagé avant ou après l'opération ?
Inconnu.*
8. *Monsieur Dutoit a-t-il été informé du risque de surcoûts liés à une hospitalisation hors du canton de domicile ?
Dans un cas accident (fracture du col du fémur), les frais d'hospitalisation et de traitement sont à la charge de l'assurance et du canton.*
9. *Pourquoi une demande de garantie de paiement pour traitement extracantonal n'a-t-elle été adressée que le 16 mai 2008 au canton de Vaud, soit après l'intervention du 9 mai 2008 ?
Cette question est à adresser à notre administration.*
10. *Une telle demande est-elle généralement faite avant ou après l'intervention ?
Cette question est également à poser à notre administration."*

c) Par lettre du 5 février 2010, le recourant s'est déterminé sur ces éléments. Il a requis que le Dr K._____, auquel avait été adressé le même questionnaire qu'au Dr F._____, mais qui n'y avait pas répondu, soit interpellé à nouveau. Il a également demandé que le Dr F._____ précise sa réponse à la question 8 et que l'administration de l'hôpital P._____ soit invitée à se prononcer sur les questions de son ressort.

Egalement invité à se déterminer, le service intimé a uniquement confirmé ses conclusions en rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Le recours est dirigé contre une décision du SSP refusant l'octroi de la garantie de paiement pour traitement extracantonal, fondée sur l'art. 41 al. 3 aLAMal.

b) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure

administrative; RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de cette législation 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 LAMal (art. 93 let. b LPA-VD et 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]). Elle doit statuer à trois juges, quelle que soit la valeur litigieuse, conformément à l'art. 2 al. 2, 1^{ère} phrase, DVLAMal, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, qui déroge ainsi à l'art. 94 al. 1 let. a LPA-VD.

c) La compétence et la procédure en matière de prétentions fondées sur l'art. 41 al. 3 LAMal sont du ressort des cantons (ATF 123 V 290; TFA K_39/04 du 26 avril 2005 c. 2.1b). En l'espèce, cette procédure a été respectée et la décision entreprise a été rendue ensuite d'une procédure d'opposition initiée par l'hôpital P._____, qui, par lettre du 6 juin 2008, a requis du service intimé qu'il reconsidère sa décision du 19 mai précédent refusant la garantie de prise en charge financière de la part cantonale. Le SSP a rendu une nouvelle décision, le 20 juin 2008, qu'elle a adressée, sous pli simple, à l'hôpital P._____ et au recourant. Celui-ci a recouru contre cette décision dans le délai légal de trente jours (art. 2 al. 2 DVLAMal dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2008). Ce recours, adressé en temps utile auprès de l'autorité compétente, est donc recevable à la forme. Le recourant a en outre qualité pour recourir contre une décision qui le touche directement (art. 1 al. 2 DVLAMal en relation avec l'art. 75 LPA-VD).

2. Est litigieuse la prise en charge par l'Etat de Vaud, singulièrement par le SSP, de la différence de coûts résultant de l'hospitalisation du recourant dans le canton de Fribourg.

3. a) L'art. 41 LAMal a été modifié par la loi du 21 décembre 2007 (RO 2008 p. 2049), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009. 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 c. 5.1; ATF 128 V 315 c. 1e/aa; ATF 127 V 467 c. 1). La présente cause est donc régie par l'art. 41 aLAMal, dans sa teneur antérieure à la modification entrée en vigueur 1^{er} janvier 2009, qui était la suivante :

"¹ L'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et apte 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.

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."

b) L'art. 41 al. 2 et 3 aLAMal ne définit pas ce qu'il faut entendre par cas d'urgence. En revanche, l'art. 36 al. 2 OAMal (l'ordonnance 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. 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 (deuxième phrase); il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement (troisième 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 (TFA K 81/05 du 13 avril 2006 c. 5.1; TFA K 128/01 du 14 octobre 2002 c. 4.1, publié in RAMA 2002 n° KV 231 p. 475; Eugster, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, tome XIV, Soziale Sicherheit, 2^e éd., n. 318).

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 aLAMal). 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 (TF K 81/05 du 13 avril 2006 c. 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 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 c. 2.2 et la réf. citée

c) Est par ailleurs réputée raison médicale au sens de l'art. 41 al. 3 aLAMal le fait que les soins médicaux requis par l'état de santé de l'assuré ne peuvent pas être fournis dans son 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 (cf. TF K 14/04 du 22 juin 2005 c. 4.1).

4. En l'occurrence, le recourant séjournait depuis le 19 mars 2008, pour quelques mois, dans le canton de Fribourg. Selon les pièces du dossier, à la fin du mois d'avril 2008, il a fait une chute dans le jardin de l'Abbaye E._____. Le 6 mai 2008, alors qu'il ressentait de fortes douleurs, il a consulté le Dr D._____, lequel n'a pas diagnostiqué de fracture mais une altération de la structure du col du fémur. Ce médecin a envoyé son patient au service des urgences de l'hôpital P._____, où l'existence d'une fracture du col du fémur a été constatée. On ne se trouve donc pas dans une situation similaire à cette examinée par le Tribunal fédéral dans l'arrêt du 31 mars 2009 (9C_812/2008) précité. Le recourant ne s'est en effet pas rendu dans le canton de Fribourg pour y suivre un traitement qui aurait entraîné des complications.

Ensuite du diagnostic de fracture du col du fémur, le recourant a été immédiatement hospitalisé, puis opéré le 9 mai 2008. En pareilles circonstances, il serait apparu inapproprié d'imposer au recourant, compte tenu de son état, de se rendre dans le canton de Vaud pour y subir

l'opération réalisée le 9 mai 2008 à l'hôpital P._____ et, par conséquent, de lui refuser l'hospitalisation dans ce dernier établissement. Le Dr F._____ a en effet clairement indiqué que, le 6 mai 2008, le recourant souffrait d'importantes douleurs et qu'il était usuel, en pareille situation, d'immobiliser le patient en chambre. En outre, même si la demande de garantie était incomplète à cet égard, force est de constater, au vu de la documentation médicale produite ultérieurement, que la situation d'urgence était réalisée. La garantie demandée doit donc être octroyée.

Ainsi, il apparaît que le dossier est suffisant pour permettre à la cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu d'ordonner le complément d'instruction requis par le recourant, puisque de nouvelles mesures d'instruction ne seraient pas susceptibles de modifier l'appréciation de la cour de céans (cf. ATF 134 I 140 c. 5.3, JT 2009 I 303; ATF 130 II 425 c. 2.1; ATF 122 II 464 c. 4.a, JT 1997 I 786).

5. En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la garantie de paiement pour traitement extracantonal est accordée.

Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires (art. 99 et 91 LPA-VD).

Le recourant, qui obtient gain de cause et a procédé avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens, qui doivent être fixés, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPG), et mis à la charge du service intimé (art. 55 al. 2 LPA-VD), par 2'000 francs.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 20 juin 2008 par le Service de la santé publique est réformée en ce sens que la garantie de paiement pour le traitement extracantonal, soit le traitement prodigué à l'hôpital P._____ du 6 au 19 mai 2008, est accordée.

III. Le présent arrêt est rendu sans frais.

IV. L'intimé Service de la santé publique versera au recourant B._____ la somme de 2'000 (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Cornelia Seeger Tappy (pour B._____),
- Service de la santé publique,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :