

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 novembre 2009

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Bidiville et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : M. Kramer

Cause pendante entre :

F._____, à N._____, recourant, représenté par Me Hervé Crausaz,
avocat à Gland,

et

PHILOS CAISSE MALADIE-ACCIDENT, à Martigny, intimée,

et

SERVICE DE LA SANTE PUBLIQUE DU CANTON DE VAUD, à Lausanne,
intimé.

Art. 41 LAMal

E n f a i t :

A. **a)** F. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1945 et domicilié à N. _____, dans le canton de Vaud, travaille pour le compte de la société Z. _____ S.A., à Genève. Il est affilié depuis le 1^{er} janvier 2004 auprès de Philos Caisse maladie-accident (ci-après: la Caisse) pour l'assurance obligatoire des soins. Depuis 1987, il est suivi par le Prof. T. _____, du Département de médecine communautaire des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après: HUG), notamment pour des problèmes d'asthme et de tension artérielle.

b) Le 20 juin 2006, l'assuré s'est présenté à l'Hôpital de Nyon, du fait d'une fièvre anormalement élevée (40,2° C). Après avoir constaté un abaissement de la température, les collaborateurs de l'Hôpital de Nyon ont invité l'assuré à regagner son domicile et lui ont proposé de prendre contact, le lendemain, avec son médecin traitant.

c) Le lundi 21 août 2006, l'assuré a consulté d'urgence le Prof. T. _____. Dès lors qu'au moment de l'auscultation la fièvre était de nouveau très élevée (39,8° C), ce praticien a interdit à l'assuré de regagner son domicile et l'a hospitalisé immédiatement aux HUG.

B. **a)** Le 21 août 2006, les HUG ont adressé au Service de la santé publique du canton de Vaud (ci-après: le SSP) une demande de garantie de paiement pour traitements extra-cantonaux. Sur le formulaire de demande, signé le 21 août 2006 par le Prof. T. _____, sont cochées, sous la rubrique "Indication", aussi bien la case "prestation non disponible dans le canton de domicile du patient" que la case "urgence". La demande de garantie porte notamment les indications suivantes:

- Lieu de survenance de l'urgence: [...]N. _____
- Heure de survenance de l'urgence: 20 août 2006 / patient consulte ce matin [réd: soit le lendemain]
- Aptitude au rapatriement: oui

- Diagnostic / en cas d'urgence, indiquer également les motifs : 40° de température chez patient immunosupprimé, baisse de TA, tachycardie, suspicion de pneumonie - sepsis
- Traitement instauré à l'hôpital: Antibiothérapie, réhydratation.

b) Par décision du 22 août 2006, le SSP a refusé d'accorder sa garantie pour le traitement de l'assuré aux HUG, les conditions de l'art. 41 al. 3 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10) n'étant pas réalisées, le traitement visé étant réalisable dans le canton de résidence de l'intéressé. Cette décision n'a pas été contestée.

c) D'un rapport établi le 30 août 2006 par le Prof. S. _____ et le Dr Z. _____, respectivement médecin adjoint agrégé et médecin interne au Service de médecine interne générale des HUG, il ressort que le diagnostic principal est celui de dermohypodermite du membre inférieur gauche, les comorbidités étant les suivantes: hypertension artérielle traitée, syndrome obstructif modéré avec VEMS à 2.6 litres en avril 2006, asthme, rhinite allergique, arthropathie psoriasique traitée par Méthotrexate (60 mg/semaine), status post-ictus amnésique en avril 2006 avec mise en évidence d'une fibrillation auriculaire (ultrason cardiaque en avril 2006 sans particularité) et obésité. Ces médecins exposent également que l'assuré, lors de son admission aux HUG, a été mis au bénéfice d'un traitement d'Augmentin iv avec une excellente évolution.

d) Le séjour de l'assuré aux HUG, en division semi-privée, a duré du 21 au 29 août 2006 et a donné lieu à l'établissement d'une facture de 12'548 fr. 70, datée du 19 octobre 2006.

e) Par décision du 27 novembre 2006, la Caisse a informé l'assuré qu'elle réglerait la part due en vertu de la LAMal, soit le tarif forfaitaire couvrant le 100% des frais de la division commune (frais médicaux inclus) des établissements qui ne sont pas partie à la Convention vaudoise d'hospitalisation, représentant 461 fr. par jour, ainsi qu'un forfait d'admission s'élevant à 630 fr.; elle a précisé que le solde de la facture d'hospitalisation de l'assuré demeurait à sa charge.

f) Le 25 décembre 2006, l'assuré a fait opposition contre cette décision. Soulignant qu'au moment où le Prof. T. _____ avait exigé son hospitalisation immédiate aux HUG, il était dans un état de plus en plus grave et très fatigué par la fièvre élevée, de sorte qu'il n'était pas en mesure de penser à la Convention vaudoise d'hospitalisation, il a fait valoir que ce n'était ainsi pas sa mauvaise volonté mais les circonstances particulières qui l'avaient rendu incapable de respecter les règlements.

g) Le 16 février 2007, la Caisse a rendu une décision sur opposition confirmant sa position et relevant notamment ce qui suit:

"[...] Au sens de l'art. 41 al. 1 LAMal, 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.

Selon l'alinéa 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.

Par ailleurs, l'article 41, alinéa 3 LAMal dispose que 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 le tarif que l'hôpital applique aux résidents du canton.

Le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 30 août 1999 (ATF 125 V 448, RAMA 1999 no KV 92 p. 462 ss), a précisé que l'assuré est libre de se faire soigner, pour des raisons de convenance personnelle, dans un établissement hospitalier qui figure sur la liste d'un autre canton que celui où il réside. Dans ce cas, l'assureur, comme le prescrit l'art. 41 al. 1 LAMal, doit prendre en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré. La seule conséquence, pour l'assuré, du choix d'un fournisseur de prestations hors de son canton de résidence est un amoindrissement de la protection tarifaire dont il jouit selon l'art. 44 al. 1 LAMal, en ce

sens que, sauf dans les hypothèses envisagées à l'art. 41 al. 2 et 3 LAMal, c'est toujours le tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré et leurs environs qui s'applique. [...]

En l'espèce, votre hospitalisation à l'Hôpital cantonal de Genève doit être qualifiée d'hospitalisation hors-canton au sens de l'article 41, alinéa 3 LAMal. Dans ces circonstances, il appartient au Service de la santé publique de votre canton de résidence de déterminer s'il existe des raisons médicales justifiant un séjour hospitalier hors du canton de Vaud. En l'occurrence, par sa décision du 22 août 2006, ledit service a conclu qu'aucune raison médicale ne pouvait être retenue en rapport avec dite hospitalisation. Il a par ailleurs souligné que le traitement était réalisable dans le canton de Vaud. Il s'avère que vous n'avez pas formé opposition contre cette décision, si bien que cette dernière est entrée en force.

En conséquence, il convient d'appliquer à votre hospitalisation la disposition de l'article 41, alinéa 1 LAMal, qui prévoit la prise en charge des frais, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu où réside l'assuré.

Dans ces circonstances, s'agissant d'une hospitalisation hors-canton sans raison médicale, il convient d'appliquer le tarif de la division commune d'un établissement non signataire de la Convention vaudoise d'hospitalisation, à savoir Fr. 630.00. de taxe d'admission et Fr. 461.00 par jour d'hospitalisation. [...]"

h) A la demande du conseil de l'assuré, le Prof. S._____, ayant remplacé le Prof. T._____, a fourni le 29 mars 2007 les renseignements suivants:

- L'assuré est suivi par la Policlinique de médecine depuis 1992. Il a été vu par le Prof. T._____, depuis le 12 octobre 1992 jusqu'au 13 septembre 2006, date de la retraite de ce praticien. Le Prof. S._____ a vu l'assuré, en consultation ambulatoire, le 5 octobre 2006 pour la première fois, et il le suit depuis lors.

- Les affections présentées par l'assuré sont les suivantes: excès pondéral, arthropathie psoriasique, asthme bronchique, rhinite allergique, hypertension artérielle, flutter auriculaire à conduction variable apparu en 2006.

- L'hospitalisation de l'assuré 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'hospitalisation aux HUG était urgente car une dermohypodermite non traitée par des antibiotiques intraveineux peut aboutir à des nécroses cutanées et musculaires extrêmement sévères.

- Les examens effectués lors de cette hospitalisation étaient liés à l'infection du membre inférieur gauche du patient (investigations bactériologiques et biologiques) et à un flutter auriculaire à conduction variable mis en évidence depuis avril 2006, devenu difficile à contrôler lors de l'état fébrile ayant justifié un bilan par une échographie transoesophagienne et une cardioversion électrique, le 29 août 2006, qui s'est déroulée avec succès.

- Ces examens ont été motivés, d'une part, par la sévérité de l'atteinte infectieuse et, d'autre part, par l'instabilité hémodynamique générée par le flutter.

C. a) Par acte du 26 mars 2007, l'assuré, agissant par l'intermédiaire de l'avocat Hervé Crausaz, a recouru auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud (ci-après: le Tribunal des assurances) contre la décision sur opposition rendue le 16 février 2007 par la Caisse (cf. let. B.g supra) et contre la décision rendue le 22 août 2006 par le SSP (cf. let. B.b supra), en concluant, avec dépens, à l'annulation de ces décisions et à ce que la Caisse et le SSP doivent prendre en charge l'intégralité des frais d'hospitalisation de l'assuré aux HUG pour la période du 21 au 29 août 2006, au tarif de la division commune.

A l'appui de son recours, le recourant a fait valoir qu'il n'avait jamais eu connaissance de la décision du SSP, refusant d'accorder la garantie d'hospitalisation aux HUG en application de l'art. 41 al. 3 LAMal. Ce n'était que le 23 février 2007, lorsqu'il avait retiré le courrier recommandé du 16 février 2007 par lequel lui était notifiée la décision sur opposition de la Caisse du 16 février 2007 qui se référait à la décision du SSP du 22 août 2006, qu'il avait pris connaissance de cette décision; dès lors, il entendait dans le cadre de son recours entreprendre les deux

décisions, l'autorité de recours étant la même, les faits connexes et les conclusions identiques.

Sur le fond, le recourant a soutenu que le traitement hospitalier était intervenu sans nul doute en raison d'une urgence médicale et ne pouvait par conséquent pas être réalisé dans un hôpital du canton de résidence de l'assuré.

b) Dans sa réponse du 3 juillet 2007, la Caisse a conclu au rejet du recours. Elle a relevé en bref que dans la mesure où le SSP avait retenu que l'hospitalisation de l'intéressé pouvait se dérouler dans le canton de résidence de l'assuré et que celui-ci ne s'était pas opposé à cette prise de position, elle avait considéré que l'hospitalisation aux HUG devait être qualifiée d'hospitalisation extra-cantonale sans raison médicale, avec la conséquence que la contribution due au titre de l'assurance obligatoire des soins devait être calculée selon les conditions posées à l'art. 41 al. 1 LAMal, soit le tarif applicable dans le canton de résidence de l'assuré, en l'occurrence le canton de Vaud; en l'espèce, le tarif applicable à une hospitalisation était celui fixé par la Convention vaudoise d'hospitalisation pour les établissements non signataires de ce texte, soit un montant journalier de 461 fr. et un forfait unique d'admission de 630 fr., de sorte que la Caisse avait à bon droit limité sa participation aux frais d'hospitalisation de l'intéressé, du 21 au 29 août 2006, à la somme de 4'779 fr. La Caisse a précisé que compte tenu de ce que la facture relative à la part division commune de l'hospitalisation de l'assuré aux HUG ne lui était pas encore parvenue à ce jour, elle verserait prochainement à l'assuré un montant de 4'779 fr. (9 jours à 461 fr. + forfait admission de 630 fr.), correspondant à la part à la charge de l'assurance obligatoire des soins, à valoir sur la facture litigieuse de 12'548 fr. 70.

c) Dans sa réponse du 16 juillet 2007, le SSP a conclu au rejet du recours, en relevant que l'assuré faisait un recours direct devant le Tribunal des assurances, sans passer par la procédure de réclamation prévue par le décret du 23 septembre 1997 relatif à l'application dans le

canton de Vaud de l'art. 41 al. 3 LAMal, et que l'assuré, domicilié dans le canton de Vaud, avait qualité pour agir contre une décision notifiée par le SSP, à condition de le faire dans les délais.

d) Les écritures ultérieures n'ont pas apporté d'éléments nouveaux, la Caisse ayant en particulier confirmé dans sa duplique du 4 octobre 2007 que sa position, à savoir l'application du tarif vaudois et non genevois au remboursement des frais relatifs à l'hospitalisation du recourant du 21 au 29 août 2009 aux HUG, reposait uniquement sur la décision du 22 août 2006 du SSP, seul compétent pour délivrer la garantie de paiement pour les hospitalisations extra-cantoniales pour des raisons médicales.

Lors de deux audiences, tenues les 5 décembre 2007 et 8 mai 2008, les parties ont confirmé leurs conclusions.

D. a) Le 8 mai 2008, le Tribunal des assurances, statuant sur le recours formé le 26 mars 2007 par l'assuré 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, a rendu un jugement dont le dispositif était le suivant:

I. Le recours est admis.

II. La décision attaquée est réformée en ce sens que le recourant a droit à la prise en charge, au tarif de la division commune, du séjour qu'il a effectué aux HUG, du 21 au 29 août 2006.

III. Les intimés verseront au recourant, soit à son conseil, la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens."

Au considérant 1 de sa décision, le Tribunal des assurances a exposé que le recours, interjeté dans les trente jours suivant la communication de la décision attaquée, était recevable en la forme (art. 2 al. 2, 1^{re} phrase, 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]). Sur le fond, il a considéré que l'état de santé relativement grave de l'assuré ne justifiait pas son

renvoi dans le canton de Vaud pour y être hospitalisé, de sorte que la Caisse était tenue d'indemniser le séjour hospitalier du recourant aux HUG, du 21 au 29 août 2006, conformément au tarif applicable dans la division commune de cet établissement (consid. 5c p. 9).

b) Tant le SSP que la Caisse ont interjeté un recours en matière de droit public au Tribunal fédéral contre ce jugement.

Dans la cause 9C_507/2008, le SSP a requis l'annulation ou la réforme du jugement attaqué et a conclu substantiellement à la confirmation de sa décision.

Dans la cause 9C_588/2008, la Caisse a requis la réforme du jugement attaqué et a conclu à ce que les dépens fixés en première instance soient mis à la charge exclusive du SSP.

c) Statuant par arrêt du 6 avril 2009 sur les causes 9C_507/2008 et 9C_588/2008 après les avoir jointes, le Tribunal fédéral a admis les recours, annulé le jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 8 mai 2008, la cause étant renvoyée à cette autorité pour nouvelle décision au sens des considérants, et mis les frais judiciaires, arrêtés à 1'000 fr., à la charge du canton de Vaud. Cet arrêt est motivé comme suit, à son considérant 4:

"En l'occurrence, il apparaît notamment que le dispositif du jugement entrepris mentionne la réforme de «la» décision attaquée (ch. II), sans plus de précisions quant à la date ou l'origine de cette décision, alors que le recours était dirigé contre les décisions de l'assureur maladie et de l'autorité cantonale, que les premiers juges ont totalement éludé les questions de l'autorité de chose décidée de la décision du Service de la santé publique, contre laquelle il n'a pas été fait opposition dans le délai imparti à cet effet, ou d'une éventuelle restitution de ce délai, et que la juridiction cantonale semble dénier la qualité de partie à la caisse (consid. 1 du jugement cantonal), alors que le recours était principalement interjeté contre la décision sur opposition de cette dernière, que celle-ci figurait textuellement en qualité de partie dans le rubrum du jugement entrepris et que les dépens de la partie adverse lui ont été imputés solidairement avec l'autorité cantonale.

S'il est vrai qu'un dispositif peu clair doit être interprété à la lumière des considérants de l'acte qui le contient (cf. arrêt du Tribunal

fédéral 5C.122/2003 du 3 juillet 2003 consid. 1.3 et la référence), il apparaît en l'espèce qu'une telle interprétation n'apporte guère plus d'informations. Au contraire, elle ajoute même à la confusion si l'on considère que la décision litigieuse n'y est jamais mentionnée précisément, que l'argumentation au fond porte sur le caractère urgent de l'hospitalisation, sur lequel le Service de la santé publique (art. 41 al. 3 LAMal; ATF 130 V 215; Décret relatif à l'application dans le canton de Vaud de l'art. 41 al. 3 LAMal [RS VD 832.071]) est amené à se prononcer, et que la conclusion qui est déduite de cette argumentation, à savoir la condamnation de l'assureur maladie à prendre en charge le séjour hospitalier conformément au tarif applicable à la division commune des HUG, n'est nullement motivée.

Dans de telles circonstances confuses, il n'appartient pas au Tribunal fédéral, eu égard également à son pouvoir d'examen restreint, d'interpréter le raisonnement de l'instance inférieure pour reconstituer une motivation insuffisante ou tout simplement de pallier à l'absence de motivation de l'acte attaqué. Le défaut de motivation constaté revient en l'occurrence à violer le droit d'être entendu des recourants, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (sur le défaut de motivation des décisions, cf. ATF 133 V 439 consid. 3.3 p. 445 et les références) et entraîne l'annulation du jugement entrepris, ainsi que le renvoi de la cause à la juridiction cantonale pour qu'elle rende une nouvelle décision au sens de ce qui précède."

d) Les parties ont été invitées à présenter leurs éventuelles observations complémentaires ensuite de l'arrêt du Tribunal fédéral.

e) Par écriture du 20 mai 2009, le SSP a confirmé ses prises de position antérieures et a maintenu ses conclusions précédentes tendant à la confirmation de sa décision du 22 août 2006, à savoir que la garantie de traitement pour hospitalisation extra-cantonale n'est pas accordée par le canton de Vaud, les conditions d'urgence au sens de l'art. 41 al. 3 LAMal n'étant pas réalisées et le traitement étant disponible dans le canton de Vaud.

f) Par écriture du 20 mai 2009, la Caisse a confirmé ses prises de position antérieures. Elle a rappelé pour mémoire que le recourant n'avait pas conclu auprès d'elle une assurance complémentaire d'hospitalisation privée, avec la conséquence que la question de la prise en charge des frais d'hospitalisation ne doit être tranchée qu'à la lumière des dispositions de la LAMal. En outre, seul le SSP est compétent pour émettre la garantie de paiement pour les hospitalisations extra-cantoniales et, dans le cas d'espèce, le SSP a estimé que le séjour hospitalier du

recourant aux HUG ne remplissait pas les critères d'une hospitalisation hors canton, si bien qu'il a refusé de délivrer la garantie. Dans ces circonstances, la Caisse a appliqué l'art. 41 al. 1 LAMal et calculé la contribution due au titre de l'assurance obligatoire des soins selon le tarif applicable dans le canton de résidence de l'assuré, en l'occurrence le canton de Vaud, et remboursé à l'assuré un montant de 4'779 fr. (9 jours à 461 fr. + forfait admission de 630 fr.). 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; dès lors qu'en 2006, le tarif appliqué par les HUG aux résidents genevois se montait à 524 fr. par jour, la part à charge de la Caisse, pour le cas où la décision du SSP serait réformée, se monterait à Fr. 4'716 fr. (9 jours à 524 fr.).

g) Par écriture du 12 juin 2009, le recourant relève que le Tribunal fédéral a admis les recours pour une question formelle, à savoir une violation du droit d'être entendu compte tenu d'un défaut de motivation qui ne permettait pas à la juridiction de recours de comprendre la motivation du jugement du 8 mai 2009; le Tribunal fédéral a notamment demandé que l'argumentation liée à l'autorité de chose jugée de la décision du 22 août 2006 du SSP - également attaquée dans le cadre du recours - soit motivée. Sur ce point, le recourant répète que cette décision ne lui a jamais été notifiée valablement et qu'il n'en a eu connaissance que de manière indirecte dans la décision sur opposition du 16 février 2007. Selon le recourant, dès lors que la décision du 22 août 2006 du SSP ne lui a jamais été valablement notifiée, elle n'a pas pu acquérir force de chose jugée ou force de chose décidée et doit être considérée comme étant nulle de plein droit. Le recourant persiste dès lors dans les conclusions de ses recours, indiquant simplement que le jugement à intervenir devra comprendre dans le dispositif un chiffre indiquant que la décision du 22 août 2006 du SSP n'a jamais été notifiée et est nulle de plein droit.

E n d r o i t :

1. **a)** La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui a repris au 1^{er} 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).

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

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 1^{er} 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, 1^{re} phrase, DVLAMal déroge (cf. art. 2 al. 2, 2^e 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

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 la 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

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.

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^{re} 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

(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^e 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^e phrase); il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement (3^e 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^e 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

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

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

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.

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).

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.

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

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.

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

- I.** Le recours interjeté contre la décision rendue le 22 août 2006 par le Service de la santé publique du canton de Vaud est partiellement admis et cette décision 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 étant refusée pour le surplus.

- II.** Le recours interjeté contre la décision sur opposition rendue le 16 février 2007 par Philos Caisse maladie-accident est partiellement admis et cette décision est réformée en ce sens que Philos Caisse maladie-accident 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.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. Une indemnité de 1'200 fr. (mille deux cents francs), à verser au recourant à titre de dépens réduits, est mise à la charge de l'Etat de Vaud.

V. Une indemnité de 400 fr. (quatre cents francs), à verser au recourant à titre de dépens réduits, est mise à la charge de Philos Caisse maladie-accident.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Hervé Crausaz (pour F. _____),
- Philos Caisse maladie-accident,
- Service de la santé publique du canton de Vaud,
- 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 :