

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 mars 2012

Présidence de M. MÉTRAL

Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Berthoud, assesseur

Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

X. _____ **ASSURANCES SA**, à [...], recourante,

et

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

Art. 41 al. 3 LAMal

E n f a i t :

A. K._____ est domiciliée à Nyon. Elle a conclu avec X._____ Assurances SA (ci-après: X._____) une police d'assurance couvrant les frais d'hospitalisation en division mi-privée dans toute la Suisse, en complément à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

B. Le 29 novembre 2008, K._____ a été victime d'un malaise alors qu'elle se trouvait dans les environs de la gare de l'aéroport de Genève-Cointrin. Elle a été transportée à l'Hôpital F._____ en cardiomobile et prise en charge par le Service des soins intensifs de l'Hôpital F._____, où un risque d'infarctus a été diagnostiqué. Elle a quitté ce service le 5 décembre 2008.

C. Le 9 décembre 2008, le Service de la santé publique du canton de Vaud a refusé d'accorder une garantie de paiement pour les traitements extracantonaux au sens de l'art. 41 al. 3 LAMal (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2008). Le motif en était que les traitements en question étaient disponibles dans le canton de résidence de l'assurée. X._____ a été informée de cette décision par fax de l'Hôpital F._____ le 9 janvier 2009.

D. Le 5 mars 2009, X._____ a contesté la décision du 9 décembre 2008 du Service de la santé publique du canton de Vaud, en exposant:

«Compte tenu des informations en notre possession, il s'avère que l'hospitalisation à l'extérieur du canton était requise pour raisons médicales. En effet, Madame K._____ a été transportée en urgence, en ambulance, à l'Hôpital F._____. Dès lors, nous vous prions de revoir votre décision, ou, cas échéant, de motiver de manière détaillée les raisons justifiant le maintien de votre refus.
[...]

Invitée à préciser pourquoi elle n'avait pas contesté le refus de garantie dans un délai de 30 jours dès la notification de cette décision, X._____ a exposé, le 17 mars 2009:

«L'Hôpital F. _____ nous a faxé votre décision en date du 9 janvier 2009. Le 13 janvier 2009, nous avons demandé à l'Hôpital F. _____ des renseignements médicaux complémentaires et nous sommes toujours en attente de sa réponse.
Dans l'intervalle, selon un entretien téléphonique du 2 mars 2009, Madame K. _____ nous confirmait qu'il s'agissait d'une urgence. Elle a en effet été transportée en urgence, en ambulance, à l'Hôpital F. _____.
[...]]»

Par décision du 23 mars 2009, le Service de la santé publique du canton de Vaud a déclaré irrecevable, car tardive, l'opposition de X. _____ à la décision de refus de garantie pour le traitement extracantonal suivi par K. _____.

E. Le 20 avril 2009, X. _____ a demandé au Service de la santé publique du canton de Vaud de réviser sa décision du 9 décembre 2008 et d'accorder la garantie de paiement pour l'hospitalisation extracantonale de K. _____. A l'appui de cette demande, elle a exposé que lors d'un entretien téléphonique du 31 mars 2009, et dans une lettre du même jour, K. _____ avait exposé que «son malaise et son hospitalisation dataient tous deux du 29 novembre 2008 (et non du 28 comme retranscrit par erreur dans le 'Résumé de séjour des soins intensifs' et repris dans la lettre du Service de cardiologie de l'Hôpital F. _____ à la Dresse T. _____)». Par ailleurs, l'assurée avait précisé que lors de son transfert à l'Hôpital F. _____, elle avait demandé à être hospitalisée à la Clinique Q. _____ (VD), ce à quoi le médecin présent lui avait répondu que cela n'était pas possible au vu de son état de santé. Sur la base de ce nouvel élément, le dossier avait été soumis au médecin-conseil de X. _____, le docteur J. _____, qui avait pris position le 9 avril 2009 en indiquant que le transport à l'Hôpital F. _____ plutôt qu'à l'Hôpital B. _____ était nécessaire en raison de la situation médicale dans laquelle se trouvait l'assurée (bradycardie et hypotonie). Les examens diagnostics et le traitement qui avaient suivi avaient également été pratiqués en urgence à l'Hôpital F. _____.

Par décision du 3 mai 2009, le Service de la santé publique du canton de Vaud a déclaré la demande de révision irrecevable. Il a

considéré que les faits allégués par X._____ n'étaient pas véritablement nouveaux dans la mesure où elle aurait pu en avoir connaissance et les alléguer dans le délai d'opposition contre la décision de refus de garantie du 9 décembre 2008, si elle avait fait preuve à l'époque de toute la diligence requise.

F. Par acte du 5 juin 2009, X._____ a interjeté un recours contre la décision du 3 mai 2009 du Service de la santé publique du canton de Vaud. Elle en demande l'annulation et conclut, sous suite de frais, à l'octroi de la garantie de paiement pour l'hospitalisation hors canton subie par K._____ du 29 novembre au 5 décembre 2008. A titre de moyen de preuve, elle a notamment demandé que les médecins de l'Hôpital F._____ ayant pris en charge l'assurée lors de son séjour hospitalier soient entendus comme témoins.

Par acte du 9 juillet 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours, sous suite de frais, pour les motifs déjà évoqués dans la décision litigieuse.

Le 23 janvier 2012, le juge en charge de l'instruction de la cause a informé les parties du fait que l'audition des témoins demandée par la recourante était refusée et que sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu prochainement.

E n d r o i t :

1. a) Selon l'art. 41 al. 1 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10) (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2008, applicable en l'espèce compte tenu de la date de l'hospitalisation litigieuse), l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie (1^{ère} phrase). En cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré (3^{ème} phrase).

Par exception à ce principe, l'art. 41 al. 3 LAMal (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2008) prévoit 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 les tarifs que l'hôpital applique aux résidents du canton (première phrase; *paiement de la différence des coûts*: ATF 123 V 290 et 310). La notion de "raisons médicales" est explicitée à l'art. 41 al. 2 LAMal (applicable, en l'espèce, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2008). 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, ou (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 LAMal (ATF 131 V 59 consid. 4 p. 61).

b) L'assuré est le débiteur direct de la facture hospitalière, y compris pour la part que le canton doit prendre en charge au titre de l'art. 41 al. 3 LAMal. Il peut toutefois exiger du canton de résidence la restitution du montant correspondant. Par ailleurs, si l'assurance-maladie à laquelle il est affilié pour la couverture d'assurance obligatoire ne peut pas avancer directement et personnellement ce montant à l'assuré, il est admis en pratique que sur la base d'un accord tarifaire ou d'un arrangement particulier, elle peut acquitter la facture de l'hôpital (tiers payant) ou en garantir le paiement (tiers garant), y compris la part qui est normalement à la charge du canton de résidence. Dans ce cas, la jurisprudence considère qu'elle est subrogée dans les droits de l'assuré contre le canton de résidence et peut exiger de ce dernier qu'il lui rembourse la différence de coûts (cf. ATF 123 V 290 consid. 4; Gebhard Eugster, *Krankenversicherung*, in: Ulrich Meyer, *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, vol. XIV, *Soziale Sicherheit*, 2^{ème} éd. 2007, n° 962 p. 723 sv.).

c) Les cantons sont tenus de garantir à l'assuré ou, cas échéant, à l'assurance-maladie pouvant invoquer la cession légale des droits de l'assuré, une voie de droit pour contester le refus du canton de reconnaître un motif médical d'hospitalisation hors canton et, partant, son obligation de participer à la différence des coûts d'hospitalisation (ATF 130 V 215 consid. 5 et 6.3.2; 123 V 290 consid. 5). Dans le canton de Vaud, cette voie de droit est régie par les art. 1 et 2 DVLAMal (Décret du 23 septembre 1997 relatif à l'application dans le Canton de Vaud de l'art. 41, alinéa 3, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie; RSV 832.071). Ces dispositions prévoient le droit pour l'assuré, comme pour l'assureur-maladie concerné, de s'opposer à la décision du Service de la santé publique relative à la garantie de couverture des frais d'hospitalisation hors canton, puis de recourir devant le Tribunal cantonal contre la décision sur opposition rendue par ce service. Le Tribunal cantonal statue dans tous les cas à trois juges; la loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) est applicable pour le surplus. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. b LPA-VD et 36 al. 1 ROTC [règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007; RSV 173.31.1]).

2. a) En l'espèce, l'assurée n'a pas contesté la décision de refus de garantie des frais d'hospitalisation hors canton. L'assurance-maladie à laquelle elle était affiliée pour la couverture d'assurance obligatoire des soins en cas de maladie n'a pas davantage contesté ce refus. On ne se trouve donc pas dans l'un des cas de figure mentionnés au considérant 1b ci-avant, à savoir une contestation soulevée par l'assuré directement ou, dans le cadre d'une cession légale des droits de l'assuré, par l'assurance-maladie pour la couverture obligatoire des soins selon la LAMal. La recourante est une assurance-maladie couvrant l'assurée à titre complémentaire pour les frais d'hospitalisation dans toute la Suisse. Elle ne bénéficie pas d'une subrogation légale dans les droits de l'assurée contre le canton de résidence et n'allègue pas que l'assurée lui aurait cédé ses droits contractuellement. Cela ne ressort pas davantage des

pièces au dossier, en particulier des conditions générales d'assurance produites par la recourante.

b) Aux termes de l'art. 75 LPA-VD, a qualité pour former recours contre une décision administrative toute personne physique ou morale ayant pris part à la procédure devant l'autorité précédente ou ayant été privée de la possibilité de le faire, qui est atteinte par la décision attaquée et qui dispose d'un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (let. a), ainsi que toute autre personne ou autorité qu'une loi autorise à recourir (let. b). La notion d'intérêt digne de protection est la même que celle de l'art. 89 al. 1 let. c LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110). La jurisprudence relative à cette dernière disposition est donc applicable par analogie à l'art. 75 al. 1 let. a.

Constitue un intérêt digne de protection, au sens des dispositions citées, tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette dernière. L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant en lui évitant de subir un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. Le recourant doit pouvoir se prévaloir d'un intérêt direct et concret, ou du moins se trouver dans un rapport particulier et spécialement étroit avec l'objet du litige (ATF 135 II 145; 133 II 400 consid. 2.2 et les références). Cette dernière exigence est appliquée avec rigueur lorsqu'un tiers souhaite recourir contre une décision dont il n'est pas le destinataire direct, en faveur de ce dernier. Dans ce cas, lorsque le tiers n'est atteint qu'indirectement, un intérêt économique de fait ne suffit en principe pas à fonder une relation suffisamment étroite avec l'objet du litige (ATF 130 V 560 consid. 3.5). Le Tribunal fédéral a ainsi nié la qualité pour recourir de l'employeur contre une décision de refus de rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-accidents (ATF 131 V 298 consid. 5 et 6; 130 V 560), ou encore à l'assureur privé contre le refus de prestations de l'assurance-accidents obligatoire (ATF 125 V 339 consid. 4).

c) X. _____ n'était pas la destinataire du refus de garantie des frais d'hospitalisation hors canton. Elle doit donc être considérée comme un tiers, recourant contre cette décision, en faveur de l'assurée. Au regard de la couverture d'assurance qu'elle garantit à cette dernière, elle risque de devoir supporter des frais d'hospitalisation plus importants si le canton de résidence n'est pas tenu d'en prendre en charge une partie. Il ne s'agit toutefois que d'un intérêt indirect, insuffisant à lui seul pour fonder un rapport particulièrement étroit avec l'objet du litige. La recourante se trouve ainsi dans une position analogue à celle d'un assureur privé souhaitant recourir contre une décision de refus de prestations notifiée par l'assurance- accidents obligatoire, en raison des prestations plus élevées qu'il devrait lui-même allouer en raison de ce refus. La recourante n'expose pas, pour le surplus, quelle autre circonstance justifierait de considérer qu'elle se trouve dans un rapport particulièrement étroit avec l'objet du litige. Il convient par conséquent de nier sa qualité pour recourir au sens de l'art. 75 al. 1 let. a LPA-VD. Sa qualité pour recourir ne découle pas davantage de l'art. 75 al. 1 let. b LPA VD, en relation avec les art. 1 et 2 DVLAMal, dès lors que ces dernières dispositions ne font que concrétiser le droit de recours de l'assuré ou de l'assurance-maladie à laquelle il est affilié à titre obligatoire, compte tenu de la subrogation légale dont elle bénéficie en cas de paiement de la différence de coûts dont la prise en charge par le canton de résidence est litigieuse. On doit en conclure que le recours n'est pas recevable, faute pour X. _____ de disposer de la qualité pour recourir (dans ce sens également: Eugster, op. cit., n° 962 p. 723 sv. et note 152 p. 727, auquel renvoie l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_408/2009 du 3 septembre 2009 consid. 3).

3. Au demeurant, si le recours avait été déclaré recevable, il aurait dû être rejeté pour les motifs suivants.

a) La recourante a eu connaissance de la décision du 9 décembre 2008 le 9 janvier 2009 au plus tard. Elle n'a contesté cette décision que 55 jours plus tard, le 5 mars 2009, alors que le délai d'opposition prévu par l'art. 1 al. 2 DVLAMal est de 30 jours. L'intimé a

donc considéré à juste titre que l'opposition était tardive, par décision du 23 mars 2009.

b) X._____ soutient que le Service de la santé publique aurait dû accepter d'entrer en matière sur sa demande de révision de sa décision du 9 décembre 2008. Elle allègue que les documents à disposition à l'époque de la décision démontraient que K._____ était entrée le 29 novembre 2008 aux soins intensifs de l'Hôpital F._____, les médecins décrivant les motifs d'hospitalisation comme suit:

«Patiente de 64 ans, en bonne santé habituelle, présentant le 28.11.08 à 18H des douleurs rétrosternales typiques à l'effort avec irradiation dans les deux membres supérieurs et le dos, ainsi que des sudations abondantes, sans dyspnée».

Toujours d'après la recourante, elle n'aurait appris que le 31 mars 2009, lors d'un entretien téléphonique avec l'assurée, que le malaise cardiaque n'avait pas eu lieu le 28 novembre, mais bien le 29 novembre 2008, et que c'était bien le médecin présent dans la cardiomobile et non K._____ qui avait exigé qu'elle soit transportée à l'Hôpital F._____. Il s'agissait de faits nouveaux qu'elle ne connaissait pas auparavant.

c) Aux termes de l'art. 64 LPA-VD, une partie peut demander à l'autorité de réexaminer sa décision (al. 1). L'autorité entre en matière sur la demande si l'état de fait à la base de la décision s'est modifié dans une mesure notable depuis lors (al. 2 let. a) ou si le requérant invoque des faits ou des moyens de preuve importants qu'il ne pouvait pas connaître lors de la première décision ou dont il ne pouvait pas ou n'avait pas de raison de se prévaloir à cette époque (al. 2 let. b), ou encore si la première décision a été influencée par un crime ou un délit (al. 2 let. c). Compte tenu des faits invoqués à l'appui de sa demande, la recourante demande l'application de l'art. 64 al. 2 let. b LPA-VD (révision dite «procédurale» d'une décision entrée en force). La notion de fait nouveau ou de nouveau moyen de preuve, dans cette disposition, est analogue à celle de l'art. 137 let. b aOJ (cf. également art. 123 al. 2 let. a LTF). D'après la jurisprudence relative à cette disposition, constituent des faits nouveaux les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des

allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. La nouveauté se rapporte ainsi à la découverte du fait, et non au fait lui-même. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base du jugement entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant (cf. ATF 127 V 353 consid. 5b p. 358 et les références).

d) En l'espèce, la recourante disposait de 30 jours, dès le 9 janvier 2009, pour se renseigner plus précisément auprès de l'assurée ou de l'Hôpital F._____ sur les circonstances de l'hospitalisation puis, cas échéant, contester la décision du 9 décembre 2008. Elle ne soutient pas avoir tenté, en vain, de joindre l'assurée avant le 5 mars 2009, soit après l'expiration du délai d'opposition. Par ailleurs, le «résumé de séjour des soins intensifs» du 30 novembre 2008 - sur lequel se serait fondé le médecin-conseil de la recourante pour renoncer à contester la décision de refus de l'intimé, selon les allégations de la recourante - mentionne, deux lignes après la mention de la date erronée du 28 novembre 2008, que K._____ avait été admise «aux urgences» de l'Hôpital F._____. La lettre du 8 décembre 2008 des médecins de l'Hôpital F._____ à la doctoresse T._____, qui aurait également induit en erreur le médecin-conseil de la recourante en mentionnant l'apparition de douleurs rétrosternales typiques à l'effort le 28 novembre 2008, précise trois lignes plus bas «A son admission aux urgences, la patiente est bradycarde entre 50 et 55/min, hypotendue à 90/60 mmHg symétriquement, et présente à l'ECG des susdéalages du segment ST en inférieur.» Dans ces circonstances, il appartenait à la recourante de vérifier en temps utile le caractère urgent ou non de l'hospitalisation de l'assurée en se renseignant sans délai auprès d'elle et auprès de l'Hôpital F._____. Elle a certes allégué, devant l'intimé, avoir adressé à l'Hôpital F._____ une demande de renseignements complémentaires le 13 janvier 2009, sans réponse

jusqu'au 17 mars 2009, mais elle ne soutient pas les avoir relancé d'une manière ou d'une autre. N'ayant pas agi avec toute la diligence requise, elle ne peut invoquer, aujourd'hui, n'avoir appris le caractère urgent de l'hospitalisation que bien après l'échéance du délai d'opposition contre la décision dont elle demande la révision.

4. Aux termes de l'art. 45 LPA-VD, les autorités peuvent percevoir un émolument et des débours en recouvrement des frais occasionnés par l'instruction et la décision, hormis dans les cas où la loi prévoit la gratuité. En procédure de recours, les frais sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il convient par conséquent de mettre les frais de justice à la charge de la recourante, étant précisé que l'art. 61 let. a LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) n'est pas applicable à la présente procédure (ATF 130 V 215 consid. 5 et 6.3.2).

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

- I.** Le recours est irrecevable.
- II.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- III.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- X. _____ Assurances SA,
- 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 :