

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 novembre 2010

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : MM. Gutmann et Pittet, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Y.**\_\_\_\_\_, à Prangins, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, à Lausanne,

et

**SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**, à Lausanne, intimé.

---

**Art. 41 al. 3 LAMal et 1 DVLAMal**

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

**A. a)** Le 21 novembre 2008, l'Hôpital C.\_\_\_\_\_ a formulé une demande de garantie de paiement pour traitements extracantonaux selon l'art. 41 al. 3 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie [RS 832.10] - dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2009 et donc applicable *ratione temporis* en l'espèce, RO 1995 1328) auprès du Service de la santé publique du canton de Vaud (ci-après: le SSP) concernant Y.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né le [...] et domicilié à Prangins (VD).

Cette demande, datée du 29 février 2008 et signée par le Dr F.\_\_\_\_\_ du Service de Neurologie de l'Hôpital C.\_\_\_\_\_, indiquait comme date d'entrée à l'Hôpital C.\_\_\_\_\_ le 6 décembre 2007. Sous la rubrique "Indication", le Dr F.\_\_\_\_\_ a coché la case "urgence"; selon les indications figurant sur la demande, l'urgence était survenue le 6 décembre 2007, et consistait en "1 épisode de sclérose en plaque probable, avec apparition hémisyndrome G".

**b)** Le 2 janvier 2008, le Service de Neurologie de l'Hôpital C.\_\_\_\_\_ avait adressé au Dr T.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré à Genève, un courrier, signé par le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé, et par le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin interne, dont il ressort en particulier ce qui suit:

"Votre patient Monsieur Y.\_\_\_\_\_, né le [...], a séjourné dans notre service, unité 2-FL, du 06/12/2007 au 11/12/2007, date de son retour à domicile.

### DIAGNOSTIC

- Probable sclérose en plaques.

### ANAMNESE

Il s'agit d'un patient de 27 ans, en bonne santé habituelle, qui se plaint depuis 6 jours environ de troubles sensitifs débutants au niveau de la main droite, caractérisés par une thermoalgésie que le patient remarque au moment où il passait sa main sous le robinet. Sur une durée de 24 heures environ, les troubles sensitifs ont évolué sur tout l'hémicorps droit avec apparition, quelques jours plus tard, de paresthésies au niveau de la main gauche sans autre symptôme

sensitivo-moteur associé. Il ne se plaint pas de céphalées, ni de vertiges et le syndrome serait apparu la première fois au lendemain d'une soirée bien arrosée. Il consulte son médecin traitant qui effectue en ambulatoire une IRM mettant en évidence des lésions multi-focales sus-tentorielles ainsi qu'intra-médullaires évoquant la suspicion d'une SEP. A préciser l'absence de troubles mictionnels ou sphinctériens à l'anamnèse.

(...)

#### EXAMEN GENERAL

Patient en bon état général. Apyrétique, anictérique.  
Auscultation cardio-vasculaire: B1-B2 bien frappé, pas de souffle ni bruit surajouté. Pas de souffle sur les gros troncs. Pas de signe de décompensation cardiaque. Auscultation pulmonaire: physiologique et symétrique.  
Status abdominal et uro-génital: non contributif.

(...)

#### EVOLUTION ET DISCUSSION

Monsieur Y. \_\_\_\_\_ présente donc des troubles sensitifs aux quatre membres. L'imagerie cérébrale effectuée montre de multiples lésions de la substance blanche sus-tentorielles et intra-médullaires dont une avec une prise de contraste compatible avec la clinique actuelle. La suspicion d'une sclérose en plaques est soulignée par une ponction lombaire montrant 0,69 de protéines et une bande à l'électrophorèse.

Nous avons débuté un traitement par Solu-Medrol (réf: corticoïde) 500 mg pendant 5 jours avec une amélioration de la clinique. Il s'agit donc d'une première poussée avec une dissémination des lésions dans l'espace sur l'imagerie cérébrale.

Actuellement, nous continuons le traitement immunosuppresseur par 80 mg de Prednisone avec diminution régressive sur environ 4 semaines. Le patient sera suivi par notre spécialiste, le Docteur R. \_\_\_\_\_, en consultation ambulatoire."

**c)** Le 24 novembre 2008, le SSP a rendu une décision négative au motif que la prestation était disponible dans le canton de Vaud.

Cette décision a été rendue sur une formule standardisée, intitulée «Garantie de paiement pour traitement extracantonaux, Article 41.3 LAMal, Décision du canton de résidence du patient». Elle est signée de la juriste G. \_\_\_\_\_, qui a mis une croix dans la rubrique «refusée» et sous celle «Examen / traitement réalisable dans le canton de résidence du patient».

Cette décision indique les voies de droit en reproduisant intégralement les art. 1 et 2 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), dont la teneur en vigueur à l'époque était la suivante:

Art. 1

Al. 1: Le Département de l'intérieur et de la santé publique (dès le 21 avril 1998: Département de la santé et de l'action sociale), Service de la santé publique, 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'article 41, alinéa 3, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal).

Al. 2: Le Service de la santé publique 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. 3: Si une des personnes mentionnées à l'alinéa 2 fait opposition en temps utile, le Service de la santé publique lui notifie une décision motivée avec indication du droit, du délai et de l'autorité de recours (art. 2).

Art. 2

Al. 1: Le Tribunal cantonal des assurances est compétent pour statuer sur les recours contre les décisions prises par le Département de l'intérieur et de la santé publique (dès le 21 avril 1998: Département de la santé et de l'action sociale), Service de la santé publique, relatives à l'application de l'article 41, alinéa 3, LAMal.

Al. 2: Le recours est déposé par écrit auprès du greffe du Tribunal cantonal des assurances, dans les trente jours suivant la communication de la décision attaquée. Pour le surplus, la loi du 2 décembre 1959 sur le Tribunal des assurances est applicable, à l'exception de son article 11, premier alinéa.

La décision de refus de ladite garantie du 24 novembre 2008 a été notifiée à l'assuré, à l'assureur et à l'Hôpital C.\_\_\_\_\_.

**d)** La décision du 24 novembre 2008 était accompagnée d'une lettre d'explication standardisée datée du même jour, dont la teneur est la suivante:

"Hospitalisation extracantonale selon art. 41.3 LAMal: explications complémentaires

L'article 41 al. 3 LAMal oblige le canton de résidence d'un patient hospitalisé dans un hôpital public ou subventionné extracantonal à participer à la couverture des frais de cette hospitalisation si l'une des deux conditions suivantes est remplie:

- s'il y a urgence réalisée à l'extérieur du canton et nécessité de recevoir des soins au plus près de la réalisation de l'urgence
- ou si le traitement est impossible à réaliser à l'intérieur du canton et le recours à un hôpital extracantonal est dès lors indispensable.

Dans les autres cas, la garantie cantonale est refusée et le financement de la part non couverte par l'assurance de base est prise en charge par l'assurance complémentaire privée, ou par l'assurance complémentaire permettant de choisir son hôpital dans toute la Suisse ou à défaut par le patient lui-même.

Dans tous les cas, une demande de garantie doit être présentée par l'hôpital d'accueil (pour les cas d'urgence) ou par le médecin qui demande l'hospitalisation extracantonale (pour les cas non urgents). Le domicile de l'assureur est sans effet sur notre réponse: c'est le lieu de résidence du patient qui est déterminant.

L'original de la décision est envoyé à l'hôpital d'accueil. Des copies pour information sont envoyées au patient et à l'assurance de base (dans la mesure où son adresse nous est communiquée)."

**e)** Le 19 décembre 2008, l'Hôpital C.\_\_\_\_\_ a adressé à l'assuré sa facture, d'un montant de 11'152 fr. 10, pour l'hospitalisation du 6 au 11 décembre 2007.

**B. a)** A la demande de l'assuré, le Dr T.\_\_\_\_\_ a sollicité le 2 juillet 2009 le réexamen de la décision du 24 novembre 2008.

Le 28 septembre 2009, l'assuré, par le biais de l'avocat Jean-Michel Duc, s'est adressé au SSP en contestant aussi bien la forme que l'insuffisance de la motivation de la décision du 24 novembre 2008. Il exposait ce qui suit:

"1. A l'examen de la cause, il m'apparaît que la décision du Service de Santé du 24 novembre 2008 est critiquable à deux titres.

Premièrement, sur le plan formel, d'une part, elle n'a pas été notifiée au patient avec les voies de droit. En effet, en indiquant que

l'original de la décision a été envoyé à l'Hôpital d'accueil et qu'une «copie pour information» a été envoyée au patient, ce dernier – qui n'est pas juriste – a compris de bonne foi qu'il ne pouvait pas recourir contre cette décision.

D'autre part, toute décision doit être motivée. En l'occurrence, la simple croix dans un formulaire apparaît clairement insuffisante. Un tel manquement constitue indubitablement une violation du droit d'être entendu (devoir de l'autorité de motiver sa décision, afin que l'intéressé puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu).

Deuxièmement, sur le plan matériel, cette décision est en contradiction avec la jurisprudence du tribunal fédéral (cf. ma note de jurisprudence dans la cause ATF 9C\_812/2008). En effet, les soins médicaux devaient être administrés sans tarder et il n'était pas approprié d'imposer à M. Y.\_\_\_\_\_ de se rendre à l'Hôpital P.\_\_\_\_\_. De plus, la maladie ayant commandé l'hospitalisation à l'Hôpital C.\_\_\_\_\_ n'apparaît pas comme la conséquence d'un traitement dont il aurait bénéficié hors de son canton de résidence. Comme dans la cause précitée, l'intervention du médecin genevois a consisté à diagnostiquer une atteinte à la santé qui nécessitait immédiatement des soins, puis à faire admettre le patient à l'Hôpital C.\_\_\_\_\_.

Dans ce contexte, l'Etat de Vaud doit prendre en charge la différence existant entre le coût d'hospitalisation dans les cantons de Genève et Vaud.

2. Ainsi, sur la base de ce qui précède, nous requérons du Service de la santé:

- 1) Premièrement, qu'il réexamine la question au fond et accepte la prise en charge de la différence des frais d'hospitalisation, à défaut;
- 2) Deuxièmement, compte tenu de la violation du droit d'être entendu, qu'il notifie au mandataire de M. Y.\_\_\_\_\_ une décision motivée avec voies de droit."

**b)** Par décision du 9 octobre 2009, le SSP a considéré que les conditions d'un réexamen selon l'art. 64 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) n'étaient pas remplies et que la décision notifiée conformément au décret du 23 septembre 1997 et à la LPA-VD était entrée en force, si bien qu'il n'y avait pas de raison justifiant un réexamen ou la notification d'une nouvelle décision. En effet, il ressortait clairement du formulaire de décision de garantie pour traitement extracantonal quelles étaient les personnes habilitées à faire recours et dans quels délais; dès lors, même sans être juristes, les destinataires de la demande pouvaient aisément comprendre quels étaient leurs droits; le fait que ce n'était pas l'original de cette décision mais une copie qui avait été notifiée à l'assuré n'y changeait rien.

Par ailleurs, au regard de l'art. 43 al. 3 LPA-VD - qui stipule que lorsqu'un grand nombre de décisions du même type sont rendues et qu'elles peuvent faire l'objet d'une réclamation, leur motivation peut être sommaire et standardisée -, le fait que dans la décision de refus, la motivation avait été signalée par le biais de croix ne constituait pas une violation du droit d'être entendu de l'assuré.

**C.**           **a)** L'assuré recourt contre la décision du 9 octobre 2009 par acte du 26 octobre 2009. A l'appui de son recours, il conteste tout d'abord que la décision de refus du 24 novembre 2008 soit entrée en force. En effet, selon la jurisprudence, aussi longtemps qu'une décision n'a pas été régulièrement notifiée à l'intéressé avec les voies de droit, elle ne lui est pas opposable (TF 8C\_188/2007). Or en l'espèce, le formulaire de décision n'aurait pas été notifié au patient avec les voies de droit. En effet, dès lors que le SSP a indiqué que l'original de la décision a été envoyé à l'Hôpital d'accueil et qu'une copie pour information a été envoyée au patient, ce dernier, n'étant pas juriste, aurait compris de bonne foi qu'il ne pouvait pas recourir contre ce formulaire; par ailleurs, faute d'indication, dans le formulaire, de l'autorité de décision, on ne verrait pas qu'il s'agit d'une décision, ni qui l'a rendue; enfin une simple croix dans un formulaire apparaît clairement insuffisante comme motivation et constituerait indubitablement une violation du droit d'être entendu (devoir de l'autorité de motiver sa décision, afin que l'intéressé puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu). Sur le fond, le recourant fait valoir que la décision de refus de garantie était en contradiction avec la jurisprudence du Tribunal fédéral, notamment l'ATF 9C\_812/2008. En effet, les soins médicaux devaient être administrés sans tarder et il n'était pas approprié d'imposer au recourant de se rendre à l'Hôpital P.\_\_\_\_\_. Par conséquent, le recourant conclut avec suite de dépens à la réforme de la décision attaquée en ce sens que l'Etat de Vaud doit prendre en charge la facture de l'Hôpital C.\_\_\_\_\_ par 11'152 fr. 10 conformément à l'art. 41 al. 3 LAMal.

**b)** Dans sa réponse du 25 novembre 2009, le SSP rappelle l'art. 43 al. 3 LPA-VD, qui stipule que les décisions rendues en grand

nombre peuvent être sommairement motivées et standardisées; dès lors, indiquer au moyen de croix que la décision est refusée et que le traitement est disponible dans le canton de Vaud ne constitue pas une violation du droit d'être entendu. Il précise à ce propos que sur le courrier d'accompagnement de la décision figure le logo du SSP, le numéro de téléphone direct du bureau des garanties, l'art. 41 al. 3 LAMal ainsi qu'une explication y relative. Quant à la décision proprement dite, les art. 1 et 2 du décret relatif à l'application dans le canton de Vaud de l'article 41, alinéa 3, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie y sont retranscrits. Ainsi, l'art. 1 DVLAMal indique l'autorité qui rend la décision (le SSP), les personnes pouvant faire opposition (l'hôpital ou le médecin qui a présenté la demande, le patient concerné et son assurance-maladie) ainsi que le délai de trente jours pour faire opposition. Or si le recourant n'avait pas compris le sens de la décision et du courrier d'accompagnement au moment de sa réception, il doit être relevé qu'il n'a pris contact ni par courrier, ni par téléphone avec le SSP pour recevoir des informations complémentaires. Le SSP conteste par ailleurs que la décision n'ait pas été régulièrement notifiée et expose qu'à sa connaissance, depuis l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie en 1996, aucune contestation n'a été formulée sur la forme des décisions, ni sur la compréhension des documents. Enfin, sur le fond, le SSP indique que ni la demande de réexamen du 28 septembre 2009, ni le recours du 26 octobre 2009 ne comportent d'éléments attestant que le recourant devait être hospitalisé en urgence. Dès lors, en l'absence de preuve médicale démontrant que le recourant devait être hospitalisé en urgence, le SSP confirme sa décision de refus de garantie de paiement. Il conclut ainsi principalement à l'irrecevabilité du recours et subsidiairement à son rejet, la décision du 24 novembre 2008 refusant la garantie de paiement pour le séjour du recourant à l'Hôpital C. \_\_\_\_\_ du 6 au 11 décembre 2007 étant confirmée.

**c)** Dans sa réplique du 4 décembre 2009, le recourant maintient que la décision de refus du 24 novembre 2008 ne lui a pas été régulièrement notifiée, puisqu'elle ne lui était destinée qu'en copie, qu'il ne pouvait en comprendre la portée, qu'elle ne comportait pas les voies de

droit et qu'elle n'était pas motivée. Sur le fond, il soutient que le point de savoir si la condition de l'urgence était réalisée requerrait la mise en œuvre d'une expertise médicale. Selon lui, compte tenu de la gravité de l'affection et des spécificités des traitements, on ne saurait lui reprocher de s'être fait soigner par les spécialistes de l'Hôpital C.\_\_\_\_\_, ce d'autant que tout retard dans la mise en œuvre du traitement engendre des lésions supplémentaires; au demeurant, lorsque la décision d'hospitalisation a été prise, il était à Genève à proximité de l'Hôpital C.\_\_\_\_\_, dans le cabinet du Dr T.\_\_\_\_\_. Enfin, il est certain que l'Hôpital H.\_\_\_\_\_ n'a pas les compétences pour traiter en urgence une personne qui présente une crise de sclérose en plaques.

**d)** Dans sa duplique du 11 janvier 2009 (recte: 2010), le SSP confirme les conclusions prises dans sa réponse. Il réitère l'argumentation déjà développée dans sa réponse s'agissant de la régularité de la notification et de la motivation de la décision litigieuse. Quand au fond, le SSP allègue les éléments suivants, qui confirmeraient selon lui que l'hospitalisation du recourant n'était pas une urgence au sens de l'art. 41 al. 3 LAMal:

- Selon l'anamnèse de la lettre du 2 janvier 2008 de l'Hôpital C.\_\_\_\_\_ au Dr T.\_\_\_\_\_, les troubles neurologiques du recourant se sont développés sur plusieurs jours: le patient se plaignait depuis 6 jours de troubles sensitifs débutant de la main droite; quelques jours plus tard des paresthésies de la main gauche se sont développées;

- Le Dr T.\_\_\_\_\_ a prescrit une IRM ambulatoire au recourant et pas une hospitalisation en urgence à l'Hôpital C.\_\_\_\_\_; le Dr T.\_\_\_\_\_ aurait donc pu adresser son patient directement à l'Hôpital P.\_\_\_\_\_;

- L'IRM effectuée ambulatoirement semble avoir montré des images de lésions compatibles avec une sclérose en plaques; associées à l'examen clinique du Dr T.\_\_\_\_\_, ces images parlent en défaveur d'une hospitalisation urgente à l'Hôpital C.\_\_\_\_\_ plutôt qu'à l'Hôpital P.\_\_\_\_\_.

Enfin, le SSP estime que la requête d'expertise médicale présentée par le recourant n'est pas opportune, les éléments médicaux du dossier étant suffisamment clairs.

**e)** Le 14 janvier 2010, le juge instructeur a informé les parties qu'il n'était pas donné suite en l'état à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale; il a réservé l'avis des autres membres de la cour qui serait appelée à statuer dès que l'état du rôle le permettrait.

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

**1.**        **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.

**b)** La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Elle doit statuer à trois juges, quand bien même la valeur litigieuse est largement inférieure à 30'000 fr. En effet, l'art. 2 al. 2, 1<sup>re</sup> phrase, DVLAMal déroge (cf. art. 2 al. 2, 2<sup>e</sup> 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.

**c)** Le recourant a la qualité pour recourir, tout comme l'Etat de Vaud a la qualité d'intimé (ATF 123 V 290 consid. 4).

**2.**        En vertu de l'art. 1 DVLAMal, le Service de la santé publique du canton de Vaud 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

Service de la santé publique du canton de Vaud 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'alinéa 2 fait opposition en temps utile, le Service de la santé publique du canton de Vaud lui notifie une décision motivée, avec indication du droit, du délai et de l'autorité de recours (al. 3).

**3.** Sur le plan formel, le recourant conteste la régularité de la notification de la décision entreprise en faisant valoir d'une part qu'elle n'indiquait pas les voies de droit et d'autre part qu'elle n'était pas motivée. Cette argumentation ne saurait être suivie.

En effet, les art. 1 et 2 DVLAMal étaient intégralement reproduits au pied de la décision entreprise, que le recourant ne conteste au demeurant pas avoir reçue, de même que le courrier explicatif joint. Il a donc pu en prendre connaissance. L'art. 1 al. 2 DVLAMal mentionne expressément les destinataires de la décision, lesquels ont seuls qualité pour former opposition, et les conséquences découlant d'une absence d'opposition, savoir l'entrée en force de la décision. L'alinéa 3 de cette disposition indique qu'en cas d'opposition, le SSP notifie à l'auteur de l'opposition une décision motivée avec indication des voies de recours. Ainsi, au regard du texte de l'art. 1 DVLAMal, le recourant se méprend lorsqu'il prétend que l'envoi en copie pour information l'aurait dissuadé de former opposition. S'il avait eu des doutes à ce sujet, rien ne l'empêchait de s'informer, en particulier auprès du SSP, ce qu'il n'a toutefois pas fait quand bien même le courrier accompagnant la décision du 24 novembre 2008 mentionnait clairement le nom et les coordonnées de l'autorité ayant rendu ladite décision. Au reste, le fait que la décision attaquée soit notifiée sous forme de copie n'y change rien. A cet égard, le texte accompagnant la décision précise que l'original de celle-ci est envoyé à l'hôpital d'accueil, des copies étant notifiées au patient et à son assurance de base. Toute ambiguïté est donc levée à cet égard. Quant au fait que la décision soit notifiée sous pli simple, l'on ne sache pas que l'importance d'une

correspondance dépende de son mode d'acheminement. C'est bien plutôt le contenu écrit qui en détermine la portée.

Dans un second grief, le recourant se plaint du défaut de motivation de la décision querellée, arguant que l'examen du formulaire ne lui permet pas de comprendre sa portée. La lecture de celui-ci fait apparaître une croix cochée dans la case en regard de laquelle figure le texte suivant: "Examen / traitement réalisable dans le canton de résidence du patient". En soi, le refus de la garantie pour ce motif constitue déjà une explication, de nature à renseigner son destinataire. Si toutefois celui-ci ne s'estime pas suffisamment informé sur les considérations ayant conduit l'autorité à retenir que le traitement est réalisable dans le canton de résidence, c'est par la voie de l'opposition qu'il doit agir. En effet, l'art. 1 al. 3 DVLAMal prévoit qu'une décision motivée est notifiée en cas d'opposition. En l'absence d'opposition, la décision initiale ne contient dès lors qu'une motivation succincte. Ce point découle donc a contrario du libellé de la disposition précitée. Au vrai, quand bien même la motivation à l'appui de la décision du refus de garantie apparaît sommaire, elle n'en est pas moins suffisante pour que le recourant puisse en saisir la portée quant à sa situation du point de vue asséculoologique.

Il suit de là que les griefs du recourant sur le plan formel doivent être écartés, de sorte que c'est à juste titre que l'autorité intimée a considéré que, faute d'opposition en temps utile, la décision attaquée, au demeurant valablement notifiée, est entrée en force.

**4.** Par surabondance, le recourant soutient sur le fond que les soins médicaux qui devaient lui être administrés ne pouvaient souffrir aucune attente.

Selon la jurisprudence, 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, publié in: RAMA 2002, n° KV 231, p. 475; Eugster G., Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 2<sup>e</sup> éd., 2007, p. 560 s., n. 475 ss, spéc. n. 477).

En l'espèce, le recourant a séjourné à l'Hôpital C.\_\_\_\_\_ du 6 au 11 décembre 2007. De la lettre de sortie du 2 janvier 2008 adressée par l'Hôpital C.\_\_\_\_\_ au Dr T.\_\_\_\_\_, il ressort que les troubles neurologiques du recourant se sont déroulés sur plusieurs jours: l'intéressé se plaignait en effet depuis 6 jours environ de troubles sensitifs débutants de la main droite; quelques jours plus tard, des paresthésies de la main gauche s'étaient développées. Cela étant, le Dr T.\_\_\_\_\_ a effectué une IRM ambulatoire, laquelle a mis en évidence des lésions multi-focales sus-tensorielles ainsi qu'intra-médullaires évoquant la suspicion d'une sclérose en plaques. Le recourant a ensuite été hospitalisé à l'Hôpital C.\_\_\_\_\_. Pour autant, l'examen clinique pratiqué à l'Hôpital C.\_\_\_\_\_ fait apparaître un bon état général, le recourant ne se plaignant pas de céphalées, ni de vertiges. Il n'y a au demeurant pas de troubles mictionnels ou sphinctériens. L'auscultation cardio-vasculaire ne met pas en évidence de souffle sur les gros troncs et il n'y a pas non plus de signe de décompensation cardiaque. A l'issue du séjour hospitalier, le recourant a regagné son domicile. Ces considérations parlent en défaveur d'une hospitalisation en urgence à l'Hôpital C.\_\_\_\_\_, d'autant plus que le Dr T.\_\_\_\_\_ reconnaît dans sa lettre du 2 juillet 2009 à l'Hôpital C.\_\_\_\_\_ que le recourant aurait pu se rendre en ambulance à l'Hôpital P.\_\_\_\_\_.

Dès lors que le recourant n'était pas empêché de se rendre dans son canton de résidence pour y être soigné, il devait demander son admission dans un hôpital situé dans le canton de Vaud, à défaut de quoi il ne saurait, en principe, se prévaloir de son droit à la prise en charge par ce canton de la différence de coûts selon l'art. 41 al. 3 LAMal. Par ailleurs, il n'y a aucune raison de considérer que les soins nécessités par l'affection du recourant ne pouvaient être fournis dans un hôpital sis dans son canton de résidence. Il est à cet égard hors de doute que l'Hôpital P.\_\_\_\_\_, qui

comprend un service de neurologie, est à même d'offrir les mêmes mesures thérapeutiques que celles qui ont été dispensées au recourant à l'Hôpital C.\_\_\_\_\_. Du reste, l'Hôpital V.\_\_\_\_\_ (qui inclut les Hôpitaux de [...] et [...]) dispose de médecins consultants spécialisés en neurologie. Partant, il convient de retenir que le recourant s'est déplacé de son domicile (Prangins [VD]) à Genève dans le seul but d'y être hospitalisé - ce qui ne peut en aucun cas être considéré comme un cas d'urgence (cf. art. 36 al. 2, 3<sup>e</sup> phrase, OAMal [ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832.102] par analogie).

Il résulte de ce qui précède que la notion d'urgence n'est pas démontrée, de sorte que le refus, par l'autorité intimée, de la garantie de paiement pour traitement extra-cantonal ne prête pas le flanc à la critique. Point n'est au demeurant besoin de mettre en œuvre une expertise médicale, dont on ne voit pas ce qu'elle pourrait apporter de plus. La Cour de céans est en mesure de statuer sur la base du dossier constitué, de sorte que la requête présentée en ce sens par le recourant doit être rejetée par une appréciation anticipée des preuves (cf. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; cf. aussi ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c; 120 Ib 224 consid. 2b; 119 V 335 consid. 3c et la référence; cf. aussi TF 9C\_619/2009 du 9 décembre 2009 consid. 3 et les références).

**5.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise. Le présent arrêt doit être rendu sans frais ni dépens (art. 91 et 99 LPA-VD et 61 let. a et g LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]).

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

**I.** Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 24 novembre 2008 par le Service de la santé publique du canton de Vaud est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour Y. \_\_\_\_\_),
- 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 :