

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 août 2009

Présidence de M. ABRECHT, juge unique
Greffier : M. Bichsel

Cause pendante entre :

C. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jérôme Campart,
avocat audit lieu,

et

L. _____ (ci-après : la L. _____ ou la caisse), à Martigny, intimée.

Art. 32 al. 1 LAMal et art. 36 al. 2 OAMal

E n f a i t :

A. C._____, né en 1980, originaire du Cameroun, est affilié auprès de la L._____ s'agissant notamment de l'assurance-maladie obligatoire. A teneur d'un certificat d'assurance établi par la caisse le 18 octobre 2007, sa franchise annuelle s'élevait à 300 fr. en 2008.

En juin 2008, l'assuré a adressé à la L._____ une facture établie le 6 juin 2008 par le Centre M._____ de [...] (ci-après: le Centre M._____), au Cameroun, d'un montant total équivalent à 1'930 fr. 35 (784'700 francs CFA), concernant un traitement du 23 mai au 6 juin 2008. Cette facture mentionnait les postes suivants: consultation spécialisée et hospitalisation (14 jours), pour un montant total de 285'000 francs CFA; médicaments, pour un montant total de 181'950 francs CFA; bilan biologique, pour un montant total de 71'250 francs CFA; imagerie, pour un montant total de 22'500 francs CFA; enfin, soins divers (notamment 14 visites du médecin), pour un montant total de 224'000 francs CFA. Etaient par ailleurs annexés les documents suivants:

- un certificat d'hospitalisation délivré le 23 mai 2008 par le Dr F._____, pédiatre et Chef de service de la section Médecine interne du Centre M._____, dont il résulte que l'intéressé a été hospitalisé dès ce jour pour "accès palustre perniciosus et broncho-pneumopathie", pour une durée probable de 14 jours;

- un "billet de sortie", attestant de la fin de l'hospitalisation, établi par ce même médecin le 6 juin 2008;

- une quittance du 6 juin 2008, attestant de ce que l'intéressé avait payé le montant de 784'700 francs CFA au Centre M._____;

- enfin, une "feuille de température" portant sur la période du 23 mai au 6 juin 2008, dont il résulte que la température de l'assuré avait

oscillé entre 38.5° et 39.5° du 23 au 28 mai 2008, avant de revenir à la normale (entre 36.5° et 37.5°).

Invité par la caisse à apporter des précisions complémentaires quant aux soins prodigués, l'intéressé a complété un questionnaire *ad hoc* le 7 juillet 2008, confirmant, s'agissant notamment du diagnostic retenu et des dates du traitement, les indications figurant dans les documents mentionnés ci-dessus; l'assuré mentionnait en outre s'être rendu au Cameroun du 10 mai au 10 juin 2008, en vacances, et n'avoir pas consulté de médecin à son retour en Suisse.

Interpellée par la L._____, Mondial Assistance, son partenaire à l'étranger, a, dans un document ne comprenant ni date ni signature, répondu notamment ce qui suit aux questions qui lui étaient soumises:

"01. Le centre médical/centre hospitalier/cabinet médical/ existe-t-il?

Oui, mais l'adresse est inexacte. La clinique se trouve dans une impasse en plein quartier.

02. Le médecin facturant y exerce-t-il son activité?

Il n'est pas toujours présent."

[...]

"04. Le centre médical/centre hospitalier/cabinet médical/ est-il équipé pour dispenser le traitement facturé?

L'infrastructure de cet hôpital est très modeste..."

[...]

"07. L'assuré(e) a-t-il (elle) été en traitement chez le médecin facturant/centre médical/centre hospitalier/cabinet médical aux dates mentionnées sur la (les) facture(s)?

Oui

08. Le diagnostic communiqué par le médecin facturant correspond-il à celui mentionné par l'assuré(e) sur le questionnaire annexé?

Le diagnostic mentionné est douteux en si peu de temps (incubation de 15 jours pour l'accès palustre pernicieux)

09. S'agit-il d'un traitement vraiment urgent ou celui-ci aurait pu [sic!] être différé et planifié ultérieurement?

Un accès palustre, ainsi qu'une bronchopneumonie peut [sic!] se soigner en ambulatoire et pas pendant une hospitalisation de 15 jours."

[...]

"12. Sommes-nous en présence de fausses factures ou d'une surfacturation manifeste d'un traitement effectivement dispensé?

Oui, il s'agit d'une surfacturation. Les consultations sont excessives selon le diagnostic, ainsi que la facture. Surtout pour les traitements suivants:

- bilan radiologique de CFA 71'250
- imagerie de CFA 22'500
- Les soins infirmiers de CFA 224'000"

Par décision du 19 septembre 2008, la caisse a refusé la prise en charge de la facture de 1'930 fr. 35 (784'700 francs CFA) au titre de l'assurance obligatoire des soins, au motif qu'elle avait "toutes les raisons de croire que la note d'honoraire présentée [était] fausse ou surfacturée". Elle a relevé que l'adresse du Centre M. _____ mentionnée sur la facture était inexacte, que l'infrastructure de cet établissement était très modeste, que, compte tenu d'une incubation de 15 jours pour les cas d'accès palustre pernicieux, le diagnostic posé était contestable, que ce genre d'atteinte, de même qu'une bronchopneumonie, pouvait en outre se soigner en ambulatoire et ne nécessitait pas une hospitalisation de 15 jours, que la note était au demeurant surfacturée, enfin que le Valium – médicament administré à 5 reprises, à teneur de la facture du 6 juin 2008 – n'était pas indiqué dans le traitement contre la malaria.

L'assuré s'est opposé à cette décision par écriture du 2 octobre 2008, concluant à son droit au remboursement de la facture litigieuse. Concernant les circonstances de son hospitalisation, il a indiqué ce qui suit:

"1. Comme chaque année, je suis parti en vacances au Cameroun pour un mois entre le 10 mai et 10 juin 2008. Lors de mon départ j'étais en parfaite santé. Je suis arrivé au Cameroun le samedi 10 mai 2008 et j'ai commencé à sentir les premiers symptômes le 22 mai 2008.

2. Immédiatement, avant même de m'adresser à un médecin sur place, j'ai téléphoné à mon épouse restée en Suisse afin qu'elle contacte votre assurance pour connaître les démarches à entreprendre en vue de me soigner sous couverture. Ma femme a alors téléphoné à votre assurance; elle a parlé avec une de collaboratrice [*sic!*] qui n'a pas pu la renseigner immédiatement et qui lui a indiqué qu'elle la rappellerait. Il n'y a jamais eu de rappel de la part de votre collaboratrice.

3. J'ai alors eu plusieurs téléphones avec mon épouse afin de connaître votre position. A chaque fois, elle m'a répondu ne pas avoir reçu d'appel en retour de votre part. Mon état se dégradant, je suis alors parti au Centre M. _____ où les médecins m'ont reçu, fait un diagnostic puis immédiatement mis sous perfusion et hospitalisé vu mon état."

S'agissant des motifs retenus par la caisse pour justifier la décision de refus de prise en charge, l'intéressé faisait notamment valoir que l'adresse du Centre M. _____ était la même sur tous les documents qu'il lui avait adressés; qu'il ne voyait pas en quoi le fait que l'infrastructure du Centre M. _____ soit modeste - ce qui relevait en demeurant d'une appréciation - aurait une incidence sur son droit aux prestations litigieuses; que, s'agissant du diagnostic posé, il faisait plus confiance à un médecin amené à traiter tous les jours des cas de paludisme qu'à un médecin suisse, lequel n'était que rarement confronté à ce type d'affection; que la période d'incubation dans son cas avait été de 13 jours (du 10 mai, date de son arrivée au Cameroun, au 23 mai, date de son hospitalisation), ce qui était proche de la période de 15 jours mentionnée par la L. _____; que, si son épouse avait obtenu les renseignements demandés, il serait allé consulter le médecin proposé par la caisse; qu'en l'absence de réponse et devant l'urgence de son état, il était arrivé "bien mal en point" au Centre M. _____, ce qui avait probablement contribué à la longue durée de la période de rétablissement; qu'on lui avait conseillé de rester 15 jours en hospitalisation, dès lors qu'il arrivait fréquemment que des patients atteints de paludisme quittent trop tôt l'hôpital et soient obligés de revenir; qu'il ne voyait pas en quoi la note était surfacturée, faute de précision à cet égard, et relevait qu'un traitement similaire en Suisse aurait coûté beaucoup plus cher; qu'enfin, s'agissant du Valium, il souffrait selon le Dr F. _____ de neuro-paludisme, et que ce médecin savait mieux

qu'un médecin suisse quel médicament pouvait être administré pour le traitement de son affection.

Par décision sur opposition du 16 décembre 2008, la L._____ a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 19 septembre 2008, dans le sens du refus de la prise en charge de la facture litigieuse. Elle a réitéré les motifs déjà exposés dans la décision initiale, relevant par ailleurs que le nombre de consultations par rapport au diagnostic posé, respectivement le coût des prestations – notamment s'agissant du bilan radiologique, des frais d'imagerie médicale et des soins infirmiers –, étaient excessifs, et qu'aucun traitement n'avait été effectué en Suisse après le retour de l'assuré, alors que la pathologie invoquée nécessitait un suivi d'au moins une année après l'apparition de la maladie.

B. C._____, désormais représenté par l'avocat Jérôme Campart, a formé recours contre cette décision sur opposition par acte du 2 février 2009, concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation, respectivement à sa réforme en ce sens que la L._____ prenait en charge le traitement prodigué du 23 mai au 6 juin 2008 au Cameroun, et était de ce chef sa débitrice du montant de 1'930 fr. 35, sous déduction de sa participation et/ou de son éventuelle franchise, avec intérêts à 5 % l'an dès le 6 juin 2008. Se déterminant sur les différents motifs avancés par la caisse pour justifier son refus de prise en charge, il a fait valoir que, le Cameroun étant un pays en voie de développement dans lequel les adresses n'étaient pas désignées par les rues, mais par quartier, il n'était pas pertinent de retenir comme argument une désignation impropre de l'adresse, étant par ailleurs précisé que la même adresse figurait sur tous les documents qu'il avait produits, soit sur la facture, sur la quittance et sur le certificat médical; quant à la modicité de l'infrastructure de cet établissement, qui n'était au demeurant étayée par aucun document, il était à son sens incompréhensible que cet argument soit retenu comme facteur permettant de refuser d'indemniser un assuré. Concernant la période d'incubation d'un accès palustre perniciosus, il était relevé qu'il résultait d'un extrait du site Internet de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) que les premiers symptômes

d'une telle affection (fièvre, céphalées, frissons et vomissements) apparaissaient en général 10 à 15 jours après l'infestation, et qu'il était par ailleurs "constant" que le temps d'incubation d'une maladie infectieuse variait en fonction de chaque individu. En outre, compte tenu des températures relevées durant son hospitalisation, il ne faisait aucun doute qu'il était dans un état grave; l'intéressé, qui avait au demeurant tenté sans succès, par le truchement de sa femme, d'obtenir des informations sur la prise en charge de son cas dans son pays d'origine, n'avait ainsi aucune raison de douter de la pertinence de cette hospitalisation, décidée par un médecin. Il en allait de même de l'utilisation du Valium, médicament notamment aux vertus anticonvulsives, et dont l'usage était justifié par les troubles de la conscience et neurovégétatifs provoqué par l'accès palustre pernicieux, étant précisé que le Valium lui avait été administré par 5 fois, ce qui correspondait aux 5 jours durant lesquels sa température était particulièrement élevée. Par ailleurs, concernant l'argument selon lequel la note présentée aurait été surfacturée, respectivement qu'il y aurait eu trop de consultations, il était relevé que le montant en cause correspondait à 128 fr. 70 par jour d'hospitalisation, ce qui était modeste en comparaison des coûts de la santé en Suisse; il résultait en outre de la facture qu'il y avait eu 14 visites du médecin, soit environ une par jour d'hospitalisation, ce qui n'apparaissait pas disproportionné, mais bien plutôt conforme à la durée de l'hospitalisation. Enfin, s'agissant de l'absence de suivi de l'infection en Suisse, l'assuré alléguait que, compte tenu de la modicité de ses revenus, il n'entendait pas s'exposer davantage à des dépenses tant que la caisse refusait la prise en charge de son traitement; au demeurant, il avait quitté son pays d'origine guéri. Se référant à l'art. 36 al. 2 OAMal (ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832.102), il déduisait de ce qui précède que les conditions de la prise en charge de la facture litigieuse étaient réalisées. Etaient notamment annexés à l'appui de son recours deux extraits de site Internet concernant le paludisme - dont celui de l'OMS, auquel il est fait référence ci-dessus -, ainsi qu'un certificat médical établi le 6 juin 2008 par le Dr F._____, attestant qu'il avait été "hospitalisé et traité pour accès palustre et broncho-pneumopathie au

Centre M. _____ du 23/05/08 au 06/06/08", et était "à ce jour considéré comme guéri".

Dans sa réponse du 11 mars 2009, la L. _____ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée, le recourant étant débouté de toute autre ou contraire conclusion. Se référant notamment à un avis médical rendu le 10 mars 2009 par son médecin-conseil, le Dr N. _____, spécialiste FMH en chirurgie, lequel confirmait en substance les indications de Mondial Assistance, la caisse a répété que le diagnostic d'accès palustre était douteux, compte tenu d'un temps d'incubation minimal de 15 jours (et qui pouvait aller jusqu'à plusieurs mois), et que les cas de bronchopneumonie et d'accès palustre pernicious étaient traités par voie ambulatoire et ne nécessitaient pas d'hospitalisation; elle s'étonnait par ailleurs que l'assuré n'ait produit aucun certificat médical attestant des soins dont il avait bénéficié lors de son séjour hospitalier, et relevait que le médecin qui l'avait suivi était un pédiatre. En outre, selon les indications en sa possession, le traitement des affections de l'intéressé aurait dû coûter environ 40'000 francs CFA, soit une trentaine de francs suisse. Quant aux 14 visites du médecin indiquées sur la facture, Mondial Assistance avait attesté que le médecin en cause (Dr F. _____) n'était pas présent quotidiennement au Centre M. _____. L'intimée s'étonnait enfin qu'aucun traitement n'ait été suivi par le recourant lors de son retour en Suisse (le Dr N. _____ ayant confirmé que la pathologie invoquée nécessitait un suivi du traitement d'au moins une année après l'apparition de la maladie), et relevait que l'intéressé, qui exerçait une profession dans le milieu médical, était de ce chef à même de prévoir la prophylaxie à suivre dans son cas; il était au demeurant "étonnant" qu'il ait consenti à séjourner durant 2 semaines dans ce Centre M. _____, qualifié de "très modeste et peu salubre". La L. _____ concluait comme suit:

"En conclusion et au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que c'est à raison que l'intimée a refusé de prendre en charge en tous les cas la totalité des factures transmises par l'assuré au vu des nombreuses incohérences du dossier et dans la mesure où le traitement des affections de l'assuré n'aurait pas requis une hospitalisation, de qui plus est 2 semaines, et que la facturation des prestations est nettement surfaite."

Par écriture du 31 mars 2009, le recourant a relevé que, contrairement à ce qu'avait retenu l'intimée, il ne disposait d'aucune connaissance médicale particulière, exerçant la profession de chauffeur-livreur au service d'une pharmacie. En outre, il faisait grief au médecin-conseil de la caisse de n'avoir tenu aucun compte, dans son avis du 10 mars 2009, de sa température, laquelle avait été particulièrement élevée durant plusieurs jours, avec des pics à plus de 39°; à son sens, il était en conséquence "parfaitement logique" qu'il n'était tout simplement pas en état de se soigner lui-même, si tant est que cela eût été possible en l'absence de connaissance médicale particulière. Il était par ailleurs erroné de retenir qu'il n'y avait eu aucun suivi lors de son retour en Suisse: l'intéressé avait en effet annoncé à son médecin de famille qu'il avait eu un accès palustre pernicieux, et ne pouvait savoir - mieux que ce médecin - si l'affection en cause nécessitait un suivi particulier. Enfin, il rappelait qu'il avait contacté son épouse dès qu'il s'était senti souffrant afin de connaître les consignes de l'intimée, et requérait l'audition de celle-ci en qualité de témoin. Par nouvelle écriture du 27 avril 2009, le recourant a produit notamment les pièces suivantes:

- un certificat médical établi le 14 avril 2009 par son médecin traitant, le Dr K. _____, généraliste FMH, dont la teneur est la suivante:

"Je, Médecin soussigné, certifie que Monsieur C. _____ a été vu à ma consultation le 6.05.2008, dans le cadre d'une visite de médecine de voyage en prévision d'un voyage au Cameroun. Je l'ai revu le 03.07.2008 à son retour de l'Afrique. Malgré une prophylaxie antimalarique bien suivie, il signale, durant ce séjour, documents à l'appui, une hospitalisation du 23.05 au 6.06.2008 pour une crise de paludisme, compliquée de bronchopneumonie. Le contrôle médical s'est avéré favorable de ce point de vue et a permis également d'exclure des IST [Infections Sexuellement Transmissibles] et de mettre à jour le status vaccinal.";

- un duplicata de son ticket de voyage;

- une copie de son compte d'épargne, comprenant les retraits effectués durant les mois de mai et juin 2008.

C. Une audience d'instruction a été tenue le 5 mai 2009.

a) B._____, épouse du recourant séparée sous mesures protectrices de l'union conjugale, a été entendue en qualité de témoin. Elle a confirmé avoir été appelée le 22 mai 2008 par l'intéressé, qui lui avait demandé de prendre contact avec la caisse afin de connaître les instructions de celle-ci en cas d'hospitalisation. B._____ avait dès lors téléphoné à la L._____, et la personne qui lui avait répondu – dont elle ne connaissait pas l'identité – lui avait dit qu'elle la rappellerait afin de l'informer de la marche à suivre en cas d'hospitalisation; personne ne l'avait rappelée, et elle ne se souvenait pas d'avoir elle-même repris contact avec la caisse. Le lendemain, le recourant l'avait rappelée pour lui demander si elle avait reçu des nouvelles de l'intimée, et l'avait informée qu'il devait être hospitalisé en urgence.

b) Les parties ont été entendues dans leurs explications.

Le recourant a indiqué avoir eu des courbatures dès le 22 mai 2008; le lendemain, son corps était brûlant, avec des douleurs dans les articulations, de sorte qu'une connaissance à lui l'avait conduit au Centre M._____ où, constatant de fortes fièvres, on lui avait dit qu'il souffrait d'un paludisme "assez élevé". L'intéressé a précisé que le médecin qui l'avait suivi était passé quotidiennement durant son hospitalisation. Après son retour en Suisse, il avait exposé les affections dont il avait souffert à son médecin traitant, lequel n'avait pas jugé utile de procéder à un suivi médical; le recourant ne s'en était pas particulièrement étonné, dans la mesure où un médecin camerounais disposant à son sens des qualifications nécessaires avait estimé qu'il était guéri.

L'intimée a indiqué qu'elle était confrontée à des problèmes d'escroquerie de grande ampleur, notamment avec le Cameroun; la quotité de la facture litigieuse étant sans proportion avec les tarifs de base appliqués pour ce type d'atteinte, estimés à 40'000 francs CFA (sans que l'intimée ne puisse indiquer la source de ce chiffre), le cas d'espèce s'inscrivait selon elle dans les suites de dossiers similaires. Cela étant, la

L._____ a précisé qu'elle ne contestait pas les premiers jours d'hospitalisation, mais la nécessité d'une hospitalisation de 15 jours et la quotité de la facture en cause.

La conciliation a été tentée; elle n'a pas abouti.

c) Interpellée par le magistrat en charge de l'instruction de la cause, l'intimée a indiqué qu'elle produirait tout document utile attestant du montant usuel pratiqué au Cameroun dans des cas similaires; un délai lui a été imparti pour ce faire, durant lequel le recourant pourrait également produire toute pièce utile.

Me Campart a d'ores et déjà plaidé pour le recourant, avec l'accord de la caisse; cette dernière a renoncé à plaider.

D. Par écriture du 22 mai 2009, la L._____ a produit notamment un rapport établi le 11 mai 2009 par le Dr Q._____, médecin agréé des Nations Unies exerçant pour le compte de l'Ambassade suisse, à [...], dont il résulte en particulier ce qui suit (reproduit tel quel):

"1) L'hospitalisation, je trouve que le montant est anormal ainsi que la durée pour un accès palustre grave le protocole national recommandé est de trois jours d'hospitalisation sous quinine parentérale suite à un relais de quatre jours (sept jours au maximum)

2) Anomalies :

Le patient était-il déjà malade avant son arrivée au Cameroun???

Diagnostic :

Accès palustre pernecieux, pas de résultats des examens de laboratoire

Bronchopneumonie pas de résultats de la radiographie du thorax.

Certificat d'hospitalisation non présenté.

Le médecin consultant est pédiatre, il se retrouve chef de service de médecine interne dans un centre [...] de troisième zone.

Sur la liste des médicaments on retrouve une sonde naso-gastrique qui ne présente aucun intérêt dans la prise en charge d'un accès palustre pernecieux et d'une broncho-pneumopathie.

Perfusions : la quantité de liquide intraveineux est exagérée durant dix jours (vingt flacons de sérum glucosé et trente deux de ringer lactate

3) Conclusion : Dit être sorti de l'hôpital du Centre M._____ le six Juin deux mille huit et ne s'est même pas présenté à son médecin en Suisse pour le contrôle de sa pathologie."

Par écriture du 3 juin 2009, le recourant a produit 3 factures *pro forma* établies le 28 mai 2009 par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale, Centre hospitalier [...], censées porter sur des prestations similaires à celles reçues dans le cadre de son hospitalisation, et mentionnant les montants suivants: 528'500 francs CFA à titre d'hospitalisation, 69'850 francs CFA à titre de "produits pharmaceutiques", enfin 137'000 francs CFA à titre d'analyses médicales. L'intéressé relevait que le montant total de ces factures *pro forma*, soit 735'350 francs CFA, n'était "pas si éloigné" de celui de la facture litigieuse, la différence s'expliquant à son sens également par le fait que certains des médicaments qui lui avaient été administrés ne figuraient pas sur la facture *pro forma*; il n'y avait ainsi pas eu surfacturation, et s'il y en avait eu une, elle était minime, étant précisé qu'il n'appartenait pas à l'assuré, selon lui, d'examiner les factures médicales qui lui étaient présentées, singulièrement lorsqu'il ne disposait d'aucune connaissance médicale ni ne connaissait le prix usuel des prestations médicales. Quant au rapport établi le 11 mai 2009 par le Dr Q._____, le recourant relevait que le médecin en cause ne disposait pas de son dossier médical et ne pouvait dès lors poser un quelconque diagnostic. Il était par ailleurs faux de prétendre qu'il n'avait présenté aucun certificat médical d'hospitalisation, référence étant faite à celui établi le 6 juin 2008 par le Dr F._____; en outre, il avait bel et bien consulté son médecin de famille après son retour en Suisse. Enfin, l'intéressé soutenait derechef que "toute cette procédure n'aurait certainement pas été nécessaire si la Caisse intimée avait pris la peine de rappeler l'épouse du recourant pour lui indiquer auprès de quel établissement il devait se rendre".

Par écriture du 10 juin 2009, l'intimée a produit une attestation établie le 27 mai 2009 par Mondial Assistance, à teneur de laquelle le tarif pour une journée d'hospitalisation au Cameroun coûtait entre 1'500 et 2'500 francs CFA, soit au maximum, dans le cas d'espèce, 37'500 francs CFA en lieu et place des 280'000 francs CFA indiqués à ce titre dans la facture litigieuse; la caisse a également produit copie du rapport mentionné ci-dessus de Mondial Assistance, daté du 11 août 2008 et signé le 18 mai 2009. Par nouvelle écriture du 30 juin 2009, l'intimée s'est

déterminée sur le dernier courrier du recourant du 3 juin 2009, relevant que le principe d'économie du traitement s'appliquait également, selon la jurisprudence, en cas de traitement d'urgence à l'étranger, ce principe étant opposable à l'assuré indépendamment de toute connaissance médicale de sa part. La L._____ soutenait en outre que les dires de l'intéressé s'agissant de l'appel téléphonique de son épouse à la caisse n'avaient pas pu être prouvés, précisant que les caisses-maladie ne disposaient d'aucun moyen de contrainte permettant d'orienter les patients vers l'un ou l'autre des établissements. Elle soulignait enfin que son médecin-conseil, Mondial Assistance et l'Ambassade suisse - organismes régulièrement appelés à se prononcer sur de telles factures, et dont la neutralité ne faisait aucun doute - s'accordaient à retenir que les factures produites par le recourant étaient surfaites, et renvoyait, pour le reste, à ses précédentes écritures.

Par écriture du 6 juillet 2009, le recourant a en substance répété les motifs développés dans ses précédents courriers, maintenant expressément les conclusions de son acte de recours.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le respect du délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA), le recours a été déposé en temps utile; il est en outre recevable en la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. Est litigieuse en l'espèce la prise en charge par l'intimée, au titre de l'assurance obligatoire des soins, du traitement médical dont le recourant a bénéficié à l'étranger du 23 mai au 6 juin 2008.

3. a) Selon l'art. 25 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10), l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1); ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, au domicile du patient en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins (al. 2 let. a ch. 1), les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin (al. 2 let. b), ainsi que le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (al. 2 let. e).

Aux termes de l'art. 34 al. 2, 1^{re} phrase, LAMal, le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues notamment à l'art. 25 al. 2 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Par "raison médicale", il faut entendre soit des cas d'urgence, soit des cas dans lesquels il n'y a pas en Suisse d'équivalent de la prestation à fournir (TF, arrêt K 65/03 du 5 août 2003, consid. 2 et la référence). Faisant usage de cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 OAMal (ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832.102), intitulé "Prestations à l'étranger"; selon l'al. 2 de cette disposition, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. 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; il n'y a pas urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement. Ce qui est déterminant, c'est que l'assuré ait subitement besoin, et de manière imprévue, d'un traitement à l'étranger; il faut que des raisons médicales s'opposent en outre à un report du traitement, et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (TF, arrêt 9C_11/2007 du 4 mars 2008, consid. 3.2 et les références).

b) A teneur de l'art. 32 al. 1, 1^{re} phrase, LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et

économiques. L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'art. 56 al. 1 LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter celles-ci à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Comme la jurisprudence l'a déjà relevé sous l'empire de l'ancien art. 23 LAMA, dont le contenu était analogue, les assureurs-maladie sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses; ils y sont d'ailleurs obligés, dès lors qu'ils sont tenus de veiller au respect du principe de l'économie du traitement. Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre caisses et fournisseurs de soins; il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique. Pour l'essentiel, ces principes conservent leur valeur sous le régime du nouveau droit (ATF 127 V 43, consid. 2b et les références, confirmé notamment par TF, arrêt K 106/05 du 17 novembre 2006, consid. 2.1) et sont également applicables en cas de traitement d'urgence à l'étranger (cf. ATF 128 V 75, consid. 4b *in fine*).

L'obligation pour les assureurs-maladie d'allouer des prestations en cas de traitement hospitalier suppose l'existence d'une maladie qui exige un traitement pour soins aigus ou des mesures médicales de réadaptation en milieu hospitalier (cf. art. 39 al. 1 LAMal). La condition du besoin d'hospitalisation est donnée si les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires ne peuvent être pratiquées de manière appropriée que dans un hôpital, ou encore si les possibilités d'un traitement ambulatoire ont été épuisées et que seule une thérapie en milieu hospitalier présente des chances de succès. L'obligation de fournir des prestations peut aussi se justifier quand l'état maladif de la personne ne nécessite pas forcément un séjour à l'hôpital mais que, néanmoins, le traitement ne peut être prodigué qu'en milieu hospitalier pour des raisons particulières, notamment lorsqu'un assuré âgé ou vivant seul est dans l'impossibilité de recevoir à domicile la surveillance et les soins requis par son état (TF, arrêt K 35/04 du 29 juin 2004, consid. 4.1 et la référence).

c) En règle générale, une preuve est tenue pour établie lorsque le tribunal, par un examen objectif, a pu se convaincre de la vérité d'une allégation de faits. Une certitude absolue ne peut être exigée en la matière; il suffit que le tribunal ne conçoive plus de doute sérieux quant à l'existence du fait allégué, ou que les doutes subsistants apparaissent faibles (ATF 130 III 324, consid. 3.2).

Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu; sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire, qui comprend en particulier l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (ATF 125 V 193, consid. 2 et les références). A cet égard, il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré; le juge fonde bien plutôt sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (TF, arrêt K 121/06 du 16 août 2007, consid. 4.1.1 et les références). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (TF, arrêt K 15/07 du 20 mars 2008, consid. 4.2 et les références).

4. En l'espèce, l'intimée, se référant aux avis respectifs de Mondial Assistance, de son médecin-conseil (Dr N._____) et du médecin de l'Ambassade de Suisse à [...] (Dr Q._____), soutient que l'atteinte ayant justifié le traitement dont le recourant requiert la prise en charge est "douteuse", qu'elle n'aurait en outre pas nécessité une hospitalisation, à tout le moins pas d'une durée de 15 jours, enfin que la facture litigieuse est en tous les cas manifestement surfaite. Le recourant, invoquant

notamment la gravité de son état lors de son hospitalisation ainsi que son absence de connaissances médicales, estime qu'il n'avait aucune raison de remettre en cause le traitement dont il a bénéficié, décidé par un médecin, traitement dont le coût serait par ailleurs en substance confirmé par les 3 factures *pro forma* établies le 28 mai 2009 par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale, produites en cours d'instance.

Il convient dès lors d'apprécier, au degré de la vraisemblance prépondérante, si l'atteinte invoquée par le recourant, respectivement l'hospitalisation y relative, doivent être considérées comme établies, avant d'examiner, le cas échéant, la nécessité (eu égard au principe de l'économie du traitement) d'une telle hospitalisation ainsi que la quotité de la facture litigieuse.

a) S'agissant de l'atteinte présentée par le recourant, le Dr F. _____ a posé dans un certificat d'hospitalisation du 23 mai 2008 les diagnostics d'accès palustre perniciosus et de broncho-pneumopathie. L'intimée fait valoir que la période d'incubation d'un accès palustre dure au minimum 15 jours, de sorte que ce diagnostic serait "douteux" dans le cas d'espèce.

Force est de constater que cet argument ne résiste pas à l'examen. En effet, il n'est pas contesté que l'intéressé est arrivé au Cameroun le 10 mai 2008; il a commencé à ressentir les premiers symptômes - sous forme de courbatures, selon ses déclarations lors de l'audience d'instruction du 5 mai 2009 - le 22 mai 2008, son corps étant décrit comme brûlant, avec des douleurs dans les articulations et de fortes fièvres dès le lendemain. A l'évidence, une telle durée d'incubation, d'une douzaine de jours, ne saurait suffire à remettre en cause le diagnostic posé d'accès palustre perniciosus, dans la mesure où, comme le relève à juste titre le recourant, il est notoire que la période d'incubation d'une maladie infectieuse varie d'une personne à l'autre; au demeurant, l'intimée n'a aucunement établi qu'une telle affection serait inconcevable sans une période d'incubation d'au moins 15 jours, allégué qui est bien plutôt infirmé notamment par l'extrait du site Internet de l'OMS produit par

l'intéressé en cours d'instance, selon lequel la durée d'incubation d'un paludisme (en général) est de 10 à 15 jours.

Cela étant, on doit également admettre la réalité de l'hospitalisation, du 23 mai au 6 juin 2008, laquelle a été expressément confirmée par Mondial Assistance dans son rapport du 11 août 2008 (signé le 18 mai 2009); à cet égard, l'intimée a par ailleurs relevé, lors de l'audience d'instruction du 5 mai 2009, qu'elle ne contestait pas les premiers jours d'hospitalisation, mais bien plutôt la nécessité d'une hospitalisation de 15 jours ainsi que la quotité de la facture y afférente. Dans cette mesure, ses allégués concernant l'adresse erronée, sur les documents produits par l'intéressé, du Centre M._____ de [...], respectivement concernant le caractère modeste de l'infrastructure de cet établissement, sont sans pertinence, dès lors que l'hospitalisation en tant que telle n'est pas remise en cause; il en va de même du fait que le Dr F._____ ait une formation initiale de pédiatre, ou encore de l'indication - au demeurant vague et aucunement étayée, notamment s'agissant de la période du 23 mai au 6 juin 2008 - de Mondial Assistance, selon laquelle ce médecin ne serait "pas toujours présent" au Centre M._____.

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, au degré de vraisemblance requis, que le recourant a effectivement été hospitalisé du 23 mai au 6 juin 2008 au Centre M._____ de [...], en raison d'un accès palustre pernicieux compliqué d'une broncho-pneumopathie. Demeurent en conséquence seules litigieuses la nécessité, eu égard au principe de l'économie du traitement, d'une telle hospitalisation, respectivement la quotité de la facture litigieuse.

b) Selon la feuille de température produite par le recourant, sa température s'élevait à environ 39.5° le 23 mai 2008, lors de son admission au Centre M._____; elle a par la suite oscillé entre 38.5° et 39°, avec un nouveau pic à plus de 39° entre le 27 et le 28 mai 2008, avant de revenir progressivement à la normale dès le 28 mai 2008. L'intéressé ayant ainsi présenté de fortes fièvres, ceci durant 5 jours, on ne saurait admettre que l'affection en cause aurait pu et dû être traitée en

ambulatoire; il s'agit bien plutôt, à l'évidence, d'un "accès palustre grave" au sens du rapport établi le 11 mai 2009 par le Dr Q._____, justifiant une hospitalisation, ce d'autant plus que cet accès était compliqué d'une broncho-pneumonie.

Il y a dès lors lieu de retenir que le traitement en cause présentait le degré d'urgence requis, respectivement qu'un retour en Suisse n'était pas approprié dans le cas d'espèce, de sorte que les conditions posées par l'art. 36 al. 2 OAMal concernant la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'un traitement à l'étranger sont à l'évidence remplies.

Cela étant, concernant la durée de l'hospitalisation en cas d'accès palustre grave, le Dr Q._____ a indiqué que le "protocole national recommandé [était] de trois jours d'hospitalisation sous quinine parentérale suite à un relais de quatre jours (sept jours au maximum)" - ce médecin voulait sans doute dire "...suivi d'un relais de 4 jours...", dans la mesure où l'on ne voit pas qu'un "relais" précède sa cause. Compte tenu de la jurisprudence concernant les traitements hospitaliers (cf. consid. 3b *supra*), d'une part, de la température présentée par le recourant ainsi que de la complication, sous forme de broncho-pneumopathie, d'autre part, on doit admettre, au degré de vraisemblance prépondérante, que l'hospitalisation dans le cas d'espèce était justifiée pour une période de 9 jours, correspondant aux 5 jours de fortes fièvres - durant lesquels un traitement par quinine a été administré à l'intéressé, à teneur de la feuille de température - augmentés des 4 jours de relais auxquels fait référence le Dr Q._____; sans exclure qu'un suivi ambulatoire, plus ou moins ponctuel, ait pu être justifié par la suite, on retiendra en conséquence que l'état de santé de l'intéressé ne nécessitait pas un traitement hospitalier d'une durée supérieure à 9 jours.

c) S'agissant enfin des coûts du traitement, il résulte d'une attestation établie le 27 mai 2009 par Mondial Assistance que le tarif pour une journée d'hospitalisation au Cameroun s'élève entre 1'500 et 2'500 francs CFA. Or, le poste en cause figurant sur la facture litigieuse

mentionne un coût de 20'000 francs CFA par jour d'hospitalisation. Il s'agit ainsi d'une surfacturation manifeste, étant précisé à cet égard qu'il n'y a aucun motif obligeant à remettre en cause la valeur probante des indications de Mondial Assistance, et qu'il est en outre constant que le Centre M._____ de [...] bénéficie d'une infrastructure relativement modeste (le recourant l'a expressément confirmé lors de l'audience du 5 mai 2009), de sorte que l'on ne saurait admettre qu'un tarif supérieur, singulièrement 10 fois supérieur, serait justifié dans le cas d'espèce par les moyens de l'établissement hospitalier; quant à la facture *pro forma* concernant les coûts d'hospitalisation produite en cours d'instance par le recourant, elle ne saurait être retenue, dès lors qu'il n'est pas fait mention du nombre de jours d'hospitalisation justifiant un coût total de 528'500 francs CFA - dont 420'000 francs CFA concerne un poste intitulé "Hôtellerie", sans précision quant à l'importance de ce montant.

Compte tenu du principe de l'économie du traitement, il y a dès lors lieu de procéder à une estimation de la valeur réelle du traitement administré à l'intéressé, respectivement justifié par son état de santé; il convient pour ce faire de distinguer les différents postes figurant sur la facture litigieuse comme suit:

- concernant les coûts d'hospitalisation, il y lieu de se référer au montant maximal indiqué par Mondial Assistance concernant le tarif d'une journée d'hospitalisation au Cameroun, soit 2'500 francs CFA, multiplié par le nombre de jours d'hospitalisation justifié par les affections présentées par le recourant, arrêté à 9 (cf. consid. 4b *supra*); on aboutit ainsi à un montant total de 22'500 francs CFA. Dans son rapport du 11 août 2008, Mondial Assistance a par ailleurs relevé une surfacturation manifeste s'agissant notamment des soins infirmiers; à l'évidence en effet, en regard du montant total de 22'500 francs CFA retenu à titre de frais d'hospitalisation, on ne saurait admettre le coût total figurant sur la facture litigieuse concernant le poste "Soins généraux", par 224'000 francs CFA, singulièrement qu'une visite d'un médecin puisse se monter à 10'000 francs CFA. Force est bien plutôt de retenir, au degré de vraisemblance prépondérante, que le montant en

cause a été surfacturé dans la même proportion que les coûts d'hospitalisation et doit être réduit en conséquence. Le rapport entre le montant indiqué par Mondial Assistance concernant le tarif maximal d'une journée d'hospitalisation et celui mentionné à ce titre dans la facture litigieuse étant de 2'500/20'000 (soit 0.125), le montant de 224'000 francs CFA doit ainsi être réduit à 28'000 francs CFA (224'000 francs CFA x 0.125); compte tenu d'une hospitalisation justifiée durant 9 jours, en lieu et place des 14 jours attestés par la facture litigieuse, on aboutit à un montant total de 18'000 francs CFA (9/14 x 28'000 francs CFA) concernant le poste "Soins généraux", respectivement de 40'500 francs CFA concernant le traitement hospitalier au sens strict;

- concernant la médication administrée à l'intéressé dans le cadre de son traitement, l'intimée soutient que certains des médicaments, notamment le Valium, ne seraient pas indiqués compte tenu de ses atteintes; de même, le Dr Q. _____ s'est étonné dans son rapport du 11 mai 2009 de l'utilisation d'une sonde naso-gastrique, qui ne présenterait à son sens "aucun intérêt dans la prise en charge d'un accès palustre pernicious et d'une broncho-pneumopathie". Pour sa part, l'autorité de céans n'a pas acquis la conviction que le recours au Valium, respectivement à une sonde naso-gastrique, serait d'emblée exclu dans le cadre d'un traitement des atteintes en cause; le recourant a bien plutôt exposé de manière probante que l'utilisation du Valium pouvait parfaitement se justifier en cas d'accès palustre pernicious, de sorte que, dans la mesure où le reste de la médication n'est pas expressément remise en cause, on peut admettre, au degré de vraisemblance requis, que le traitement prodigué à l'intéressé, dans son ensemble, était adéquat. Cela étant, s'agissant des coûts de la médication tel que résultant de la facture litigieuse, il apparaît, après comparaison avec ceux figurant sur la facture *pro forma* correspondante produite par le recourant en cours d'instance, que les montants sont sensiblement plus élevés; en effet, si l'on soustrait de la facture litigieuse les prix des quelques médicaments ne figurant pas sur la facture *pro forma*, afin de comparer exactement les mêmes prestations, on aboutit aux montants totaux suivants: 81'850 francs CFA selon la facture *pro forma* (le montant total

indiqué de 69'850 francs CFA procédant d'erreurs de calcul concernant 2 médicaments), respectivement 105'550 francs CFA selon la facture litigieuse, soit une différence d'environ 20 pour-cent. Dès lors qu'il est établi que la facture litigieuse a été manifestement surfacturée s'agissant notamment du tarif par jour d'hospitalisation, on ne saurait admettre que cette différence de coûts dans la médication s'expliquerait par quelque motif objectif; il convient bien plutôt de considérer qu'il s'agit là d'une nouvelle surfacturation, et de réduire le montant total concernant le poste "Médicaments" de 20 %, ce qui porte le montant en cause à 145'560 francs CFA;

- concernant enfin les analyses médicales, soit les postes "Bilan biologique" et "Imagerie" figurant sur la facture la litigieuse, Mondial Assistance a également indiqué dans son rapport du 11 août 2008 que les montants y relatifs étaient surfacturés; cela étant, l'intimée n'a produit aucune pièce de nature à établir les coûts réputés réels de ces postes, de sorte que l'on se référera à la facture *pro forma* correspondante, produite par le recourant en cours d'instance. Si l'on soustrait de chacune des factures les postes qui ne figurent pas sur l'autre - soit le poste " [...]" sur la facture litigieuse, pour un montant de 4'500 francs CFA, respectivement le poste "Consultations" sur la facture *pro forma*, pour un montant de 49'000 francs CFA -, on aboutit à un montant total de 88'000 francs CFA selon la facture *pro forma*, respectivement de 89'250 francs CFA selon la facture litigieuse; compte tenu de la modicité de la différence entre ces deux montants, le coût total des analyses médicales tel que résultant de la facture litigieuse, par 93'750 francs CFA (71'250 francs CFA à titre de "Bilan biologique" + 22'500 francs CFA à titre d'"Imagerie"), doit être confirmé.

Il résulte de ce qui précède que le traitement dont a bénéficié le recourant du 22 mai au 6 juin 2008 doit être pris en charge par l'intimée, à titre de l'assurance obligatoire des soins, à concurrence d'un montant total de 279'810 francs CFA (40'500 francs CFA + 145'560 francs CFA + 93'750 francs CFA), ce qui correspond à 688 fr. 30 (selon le taux de change

appliqué par la caisse au moment où elle a réceptionné la facture en cause).

d) Concernant l'argument du recourant selon lequel, en substance, il n'appartient pas aux assurés de remettre en cause une hospitalisation décidée par un médecin, respectivement d'examiner les factures qui leur sont présentées – singulièrement lorsqu'ils ne possèdent aucune connaissance médicale ni des tarifs médicaux usuels –, il convient de relever qu'il est sans incidence sur la solution du cas d'espèce; comme déjà relevé en effet (cf. consid. 3b *supra*), le principe selon lequel les assureurs-maladie sont en droit – et même tenus – de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses, est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique. Il importe peu à cet égard que l'intéressé ait lui-même payé un montant excessif, ou – hypothèse qui ne peut être retenue en l'espèce en l'absence d'indices probants dans ce sens – qu'il y ait eu deux factures, une "véritable" facture payée par l'assuré et une autre, d'un montant plus élevé, présentée par celui-ci à l'assurance-maladie; dans les deux hypothèses, la caisse n'a pas à prendre en charge les montants surfacturés, l'assuré ne pouvant faire valoir son droit à la restitution de montants indûment payés, le cas échéant, qu'envers le fournisseur de soins peu scrupuleux (cf. art 56 al. 2 LAMal).

e) Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe.

La naissance du droit aux prestations datant du 6 juin 2008 dans le cas d'espèce – soit le jour de la fin du traitement dont a bénéficié le recourant, respectivement de l'établissement de la facture y relative –, il

n'y a pas lieu de faire courir des intérêts moratoires sur la créance en cause.

5. Il s'ensuit que le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit au remboursement du traitement dont il a bénéficié au Cameroun, du 23 mai au 6 juin 2008, à concurrence d'un montant total de 688 fr. 30, sous déduction de sa participation et/ou de son éventuelle franchise.

6. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA, art. 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu d'échanges d'écritures soutenus et de la tenue d'une audience d'instruction, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. à la charge de l'intimée (art. 55 al. 2 LPA-VD).

Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision attaquée est réformée en ce sens que la L. _____ doit prendre en charge le traitement reçu par C. _____ au Cameroun, du 23 mai au 6 juin 2008, à concurrence de 688 fr. 30 (six cent huitante-huit francs et trente centimes), sous déduction de sa participation et/ou de son éventuelle franchise.

III. L'intimée versera au recourant la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

IV. Le présent arrêt est rendu sans frais.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Jérôme Campart, à 1002 Lausanne (pour C._____);
- L._____, à 1920 Martigny;
- Office fédéral de la santé publique, à 3003 Berne;

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 fédérale 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 :