REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/686/2006 **ATAS/852/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 26 septembre 2006

En la cause

Madame M_____, domiciliée , à ANIERES	recourante
contre	
DEPARTEMENT DE LA SOLIDARITE ET DE L'EMPLOI, pour lui, le SERVICE DE L'ASSURANCE-MALADIE, sis route de Frontenex 62, à GENEVE	intimé
et	
HELSANA ASSURANCES SA, sise chemin de la Colline 12, à LAUSANNE	appelée en cause

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente, Isabelle DUBOIS et Juliana BALDE; Juges

EN FAIT

1. Madame M_____, née en 1946, est assurée auprès de l'HELSANA ASSURANCES SA, pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

2. L'assurée a présenté des douleurs au pied gauche. En mai 2004, elle a consulté le Dr A_____, spécialiste en chirurgie du pied et de la cheville, médecin à la "établissement hospitalier", qui lui a proposé une arthrodèse du pied gauche, qu'il ne pouvait cependant effectuer lui-même, l'assurée n'ayant pas de couverture d'assurance pour une hospitalisation privée.

3. Dès lors, en date du 29 septembre 2004, l'assurée a consulté le Dr B_____, médecin adjoint au Département de chirurgie, service de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'appareil moteur des (ci-après les "établissement hospitalier") pour faire le point sur la proposition du Dr A_____.

   Dans un courrier du 30 septembre 2004 au médecin traitant de l'assurée, le Dr C_____, interniste, le Dr B_____ a notamment indiqué: "J'ai vu votre patiente ci-dessus à ma consultation. *L'assurée* a déjà eu quatre interventions chirurgicales au niveau de son pied gauche, qui se soldent actuellement par un syndrome douloureux multifocal. Parallèlement à cela, cette patiente est connue pour une polyinsertionnite qui a déjà été investiguée. A l'examen clinique, le pied gauche montre une forme harmonieuse, sans effondrement de la voûte interne; il est globalement sensible, sans réelle douleur élective. Radiologiquement, on note une certaine arthrose au niveau du médiotarse, prédominante dans la région du lisfranc, aux articulations 2 et 3. Je doute qu'une nouvelle intervention chirurgicale, qui consisterait en des arthrodèses au niveau du lisfranc, pourrait être bénéfique au vu de ce qui précède. Apparemment, *l'assurée* a déjà bénéficié de multiples infiltrations et de supports orthopédiques, malheureusement sans aucune amélioration."

4. Dans un courrier du 25 octobre 2004 au Dr C_____, le Dr A_____ a relevé que l'assurée avait déjà fait l'objet d'une arthrodèse métatarso-phalangienne 1 droite et d'une ostéotomie de Weil des métatarsiens 2 à 5 à droite, en mars 1999, ainsi que d'une arthrodèse métatarso-phalangienne du gros orteil gauche avec ostéotomie de Weil des métatarsiens 2 à 5 gauches et d'une arthrodèse du 3e orteil au pied droit, le 16 novembre 1999. L'évolution avait été favorable au niveau des deux avant-pieds. L'assurée avait cependant par la suite présenté des douleurs du coup de pied bilatérales prédominantes du côté droit, de type mécanique. Le bilan complémentaire avait clairement montré une arthrose cunéo-métatarsienne 2 et 3, bilatérale, mais prédominant à gauche. En mai 2004, le Dr A_____ avait effectué des infiltrations à ce niveau, avec un excellent effet pendant environ 4 semaines, ce qui correspondait à la durée d'action du dépôt cortisoné. Ce traitement

conservateur avait été complété par l'utilisation d'une semelle rigide en carbone, qui n'avait malheureusement pas amélioré suffisamment les douleurs. Après discussion, le Dr A_____ avait donc proposé une arthrodèse cunéo-métatarsienne 2 et 3, d'abord à gauche. En raison de la couverture d'assurance de base, il avait dû adresser la patiente à la clinique d'orthopédie des "établissement hospitalier". Le Dr B_____, qui l'avait examinée, n'avait cependant pas jugé l'intervention médicale nécessaire, malgré la confirmation du diagnostic d'arthrose cunéo-métatarsienne 2 et 3. A la fin de la consultation, il n'avait en outre proposé aucun traitement spécifique, se bornant à constater que les multiples infiltrations et les supports orthopédiques n'avaient pas amené suffisamment d'amélioration. Face à cette situation, le Dr A_____ ne pouvait que confirmer son indication à une arthrodèse cunéo-métatarsienne 2 et 3, avec toutes les réserves d'usage et après avoir longuement discuté avec la patiente des avantages et des inconvénients. Enfin, il a précisé que la fibromyalgie de l'assurée n'expliquait pas selon lui les douleurs localisées à ce niveau.

5. En date du 25 octobre 2004, l'assurée a consulté le Dr D_____, médecin associé à "établissement hospitalier"à Lausanne. Ce dernier a confirmé que la pathologie présentée au pied gauche par l'assurée justifiait une sanction chirurgicale qui serait planifiée à "établissement hospitalier"dans les meilleurs délais, en tenant compte du programme opératoire déjà établi pour les prochains mois. Cette sanction chirurgicale serait suivie par une immobilisation du pied gauche dans une attelle. La convalescence pourrait être réalisée à proximité du domicile de l'assurée (cf. courrier du 25 octobre 2004 du Dr D_____ à l'assurée).

6. En date du 8 novembre 2004, le Professeur E_____, médecin cantonal au Département de médecine communautaire des "établissement hospitalier" et chargé par le Département de l'Action sociale et de la Santé (ci-après le DASS) d'octroyer les autorisations de prise en charge d'hospitalisations dans d'autres cantons, a refusé la garantie d'hospitalisation pour "établisement hospitalier"de Lausanne, au motif que le traitement était réalisable dans le canton de résidence de la patiente (Aujourd'hui, c'est le Département de la Solidarité de l'Emploi qui est chargé d'octroyer les garanties d'hospitalisation).

7. Par courrier du 24 novembre 2004, la Dresse F_____, médecin adjoint au Département de médecine communautaire des "établissement hospitalier", s'est adressée au Dr D_____. Elle lui a confirmé que la demande de garantie de l'opération dans le canton de Vaud avait été refusée, le traitement étant réalisable à Genève. En effet, l'art. 41 al. 3 LAMal prévoit le remboursement par le canton de résidence des frais d'opérations effectuées dans d'autres cantons uniquement en cas d'urgence ou lorsqu'une prestation est indisponible pour des raisons techniques ou de place dans le canton de résidence, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence. Enfin, la Dresse F_____ a conseillé au Dr D_____ de reprendre contact avec

les médecins de la Clinique d'orthopédie des "établissement hospitalier" afin de leur exposer les motifs pour lesquels il jugeait l'intervention nécessaire.

8. Par courrier du 29 novembre 2004, le Dr B_____ a expliqué au Professeur E_____ que son anamnèse, son examen clinique et les examens complémentaires pratiqués lors de la consultation de l'assurée, l'avaient amené à douter qu'une nouvelle chirurgie puisse apporter un réel bénéfice. Ce point de vue n'était pas partagé par d'autres spécialistes tels que le Dr A_____ ou le Dr D_____. Une intervention chirurgicale avait d'ailleurs été agendée au (ci-après le "établissement hospitalier"), mais l'assurée n'avait pas de couverture d'assurance lui permettant cette prise en charge extracantonale sans l'accord du Professeur E_____. Il y avait ainsi un réel problème pour cette patiente que deux spécialistes reconnus avaient déjà orientée vers une prise en charge chirurgicale qu'elle souhaitait à tout prix. Il s'agissait d'une chirurgie techniquement assez délicate et d'un résultat difficilement prédictible, qui devrait donc être exécuté par un spécialiste dans ce domaine orthopédique. Les compétences du Dr D_____ étaient tout à fait adéquates pour cette prise en charge. Pour sa part, le Dr B_____ maintenait que les conditions globales n'étaient pas réunies pour anticiper un bénéfice suffisant à la suite de cette chirurgie et il ne désirait pas être impliqué dans cette opération pour cette raison. Enfin, il espérait que le Professeur E_____ puisse apporter une solution au problème de la patiente, à savoir l'autoriser à faire à Lausanne cette intervention déjà agendée pour le 13 décembre 2004.

9. Par courrier du 30 novembre 2004, le Dr D_____ s'est adressé au Professeur E_____. Il l'a informé qu'il avait vu la patiente à sa consultation le 25 octobre 2004, et avait, sur la base de l'anamnèse et du bilan radioclinique, posé l'indication à une arthrodèse TMT 2, TMT 3 et naviculo-cunéenne à gauche. L'indication opératoire et la nécessité d'une hospitalisation extracantonale étaient remises en question, ce d'autant plus que le Dr B_____ estimait que les conditions globales n'étaient pas réunies pour anticiper un bénéfice suffisant à la suite de cette chirurgie. Etant lui-même familier de la chirurgie du pied, il ne prétendait pas détenir la vérité quant au traitement à proposer à cette patiente. Il n'était pas non plus certain d'améliorer son sort par l'intervention proposée, même s'il pensait pouvoir y parvenir. Son indication se basait également sur l'échec du traitement conservateur bien conduit et sur le risque relativement faible de péjorer la patiente, même en cas d'échec du traitement chirurgical. Le Dr D_____ espérait qu'au-delà des divergences d'opinions spécialisées, la décision du Professeur E_____ permette à la patiente une prise en charge de son problème.

10. Par courrier du 1er décembre 2004, le Professeur E_____ a demandé à l'assurée de prendre contact avec la Dresse G_____pour un nouvel avis. Si celle-ci estimait que l'opération était effectivement justifiée, l'intervention pourrait alors être effectuée aux "établissement hospitalier".

11. Par courrier du 4 décembre 2004, l'assurée a refusé cette proposition.

12. Par courrier du 8 décembre 2004, le Professeur E_____ a informé l'assurée que compte tenu de son refus de rencontrer la Dresse G_____, la décision antérieure était maintenue. Enfin, il indiquait qu'un droit de recours auprès du Tribunal administratif était ouvert.

13. En date du 13 décembre 2004, l'assurée a subi une arthrodèse TMT 2 et 3 à gauche, une arthrodèse naviculo-cunéenne 1 à gauche, ainsi qu'une infiltration de la cheville gauche par 80 mg de Depo-Medrol, pratiquées par le Dr D_____ à "établissement hospitalier"à Lausanne.

14. Par courrier du 6 février 2005, l'assurée a recouru contre la décision du Professeur E_____ du 8 décembre 2004 auprès du Tribunal administratif, concluant notamment à la prise en charge intégrale de la facture de "établisement hospitalier"de Lausanne. En effet, sa caisse-maladie avait refusé la couverture intégrale de ces opérations en raison de la décision négative du médecin cantonal. Par ailleurs, la recourante a expliqué avoir été hospitalisée du 12 au 17 décembre 2004 à Lausanne, puis du 17 décembre 2004 au 28 janvier 2005 à la Clinique Jolimont à Genève.

15. Par arrêt du 1er mars 2005 (ATA/108/2005), le Tribunal administratif a décliné sa compétence et transmis le recours de l'assurée au Tribunal de céans pour objet de sa compétence.

16. Dans sa réponse au recours du 25 avril 2005, le Professeur E_____, concluant au rejet du recours, a expliqué que suite à l'entrée en vigueur de la LAMal, il avait été chargé par le DASS d'apprécier l'existence de raisons médicales justifiant des hospitalisations extracantonales au sens de l'art. 41 al. 3 LAMal et, le cas échéant, d'accorder l'autorisation préalable nécessaire à la prise en charge par le canton de Genève de la différence entre les coûts facturés et les tarifs que les "établissement hospitalier" appliquaient aux résidents du canton. Il a rappelé qu'afin de trouver une issue à la situation de la recourante, il avait proposé en date du 1er décembre 2004, qu'elle prenne contact avec la Dresse G_____ pour un nouvel avis, à la suite duquel, le cas échéant, l'opération aurait été effectuée aux "établissement hospitalier". La recourante avait cependant refusé cette proposition, ce qui avait entraîné la décision négative du 8 décembre 2004, confirmant la décision antérieure du 8 novembre 2004. Par ailleurs, l'intimé a rappelé que l'art. 41 al. 3 LAMal avait été adopté dans le but de compenser, par le biais d'une contribution financière à l'assuré, l'infrastructure hospitalière insuffisante dans certains cantons qui n'étaient pas équipés pour traiter de toutes les maladies. C'était donc essentiellement par rapport aux infrastructures mises en place dans un canton déterminé que l'on examinait si un traitement hospitalier était disponible dans ce canton. Or, en l'occurrence, il n'y avait ni urgence ni question d'infrastructure et le canton de

Genève offrait les mêmes soins que ceux dont la recourante avait bénéficié pour le traitement de sa pathologie orthopédique à Lausanne. De surcroît, l'hospitalisation litigieuse n'était pas appropriée selon l'avis du Dr B_____, qui jugeait l'opération assez délicate et ses résultats difficilement prédictibles. Dès lors, cette opération ne répondait pas non plus aux critères de prise en charge de l'art. 32 LAMal.

17. Par arrêt du 18 mai 2005 (ATAS/445/2005), le Tribunal cantonal des assurances sociales a déclaré le recours de l'assurée irrecevable pour cause de tardiveté.

18. Par courrier du 9 juin 2005, l'assurée a recouru au Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), concluant à la restitution du délai de recours.

19. Par arrêt du 27 juillet 2005 (cause K/82/05), le TFA a constaté la nullité de la décision du 8 décembre 2004. Cette décision, prise par une personne incompétente - en l'occurrence le Professeur E_____ au lieu du DASS - ne pouvait déployer d'effet juridique. Peu importait dès lors qu'elle n'ait pas été attaquée en temps utile, puisqu'elle ne pouvait acquérir force de chose jugée à l'expiration du délai légal de recours. Le TFA a transmis la cause au DASS afin qu'il rende une décision sur la demande de la recourante.

20. Par courrier du 6 octobre 2005 au DASS, la recourante a indiqué que l'opération pratiquée avait été une parfaite réussite, ce qui prouvait a fortiori le bien-fondé de la décision d'intervention chirurgicale. Le préjudice financier qu'elle avait subi à cette occasion s'élevait à 4'421 fr. 90, selon un décompte de sa caisse-maladie.

21. Par décision du 12 octobre 2005, le DASS a tout d'abord relevé que, selon l'art. 2 de la loi genevoise d'application de la LAMal (LALAMal), l'application de la LAMal était confiée, dans le canton de Genève, au Conseil d'Etat, qui pouvait déléguer ses compétences au Département responsable, en l'occurrence, le DASS. Quant au fond, le traitement proposé par le Dr D_____ était une prestation qui était fournie par les "établissement hospitalier", comme cela ressortait du courrier du Professeur E_____ du 1er décembre 2004. Ainsi, il n'y avait pas de raison médicale justifiant l'octroi d'une garantie de paiement pour une hospitalisation à Lausanne. De surcroît, l'efficacité dudit traitement n'avait pas été établie. Ainsi, la garantie de paiement pour ce traitement extracantonal était refusée.

22. Par courrier du 18 octobre 2005, la recourante a formé opposition à cette décision, concluant à la prise en charge intégrale de son hospitalisation extracantonale. Elle a relevé que la décision du DASS était basée sur l'opinion du Dr B_____ qui était partiale et arbitraire. En outre, le Dr B_____ ne désirait pas être impliqué et ses propos équivalaient à une "récusation du fournisseur de prestations". Par ailleurs, elle a fait valoir qu'elle était dans une situation d'urgence. En effet, elle avait consulté le Dr A_____ en mai 2004, qui avait immédiatement opté pour une opération qu'il était prêt à réaliser. Cependant,

comme ce médecin était au service d'un institut privé, elle avait dû s'adresser au service orthopédique des "établissement hospitalier" et avait obtenu une consultation avec le Dr B_____ après quatre mois d'attente. Entre-temps, les douleurs avaient péjoré sa motricité, qui se résumait en début décembre 2004 à une centaine de mètres de marche. La demande de garantie du "établissement hospitalier" était donc urgente. Tout retard imputable à de nouveaux rendez-vous et de nouvelles décisions n'était tout simplement pas envisageable d'un point de vue physique et moral. Enfin, aucune thérapie alternative ne lui avait été offerte par les "établissement hospitalier". La proposition de dernière minute de prendre un quatrième avis chez un médecin externe, imposé de surcroît, n'était pas digne d'un hôpital universitaire. De toute manière, un autre diagnostic aurait fait perdre un temps précieux dont elle ne disposait plus. Enfin, la recourante a joint à son opposition une attestation du Dr C_____, selon laquelle l'opération s'était avérée bénéfique.

23. Par décision du 31 janvier 2006, le Service de l'assurance-maladie du DASS (ci-après le SAM), a rejeté l'opposition de l'assurée. Ce service a relevé que tous les médecins avaient estimé qu'un traitement était exécutable à Genève. S'agissant de l'urgence, celle-ci n'était pas donnée en l'occurrence, puisque l'intervention chirurgicale avait été planifiée en tenant compte du programme opératoire déjà établi. S'agissant du Dr B_____, il ne s'était pas récusé, mais il considérait que l'opération constituait une chirurgie techniquement assez délicate avec un résultat difficilement prédictible. Selon lui, les conditions globales n'étaient pas réunies pour anticiper un bénéfice suffisant, raison pour laquelle il ne désirait pas être impliqué. Ainsi, ce médecin n'avait pas refusé de fournir une prestation, mais estimé que le traitement ne serait pas efficace et ne répondait pas aux conditions de prise en charge de la LAMal. Compte tenu de ce qui précédait, le traitement obtenu à Lausanne ne répondait pas à la notion de raisons médicales au sens de l'art. 41 al. 2 LAMal, mais découlait d'un choix personnel.

24. Par courrier du 24 février 2006, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant à la prise en charge intégrale de ses frais hospitaliers extracantonaux. Elle a relevé que les médecins des "établissement hospitalier" ne lui avaient soumis aucune proposition de soins et qu'elle n'avait ainsi aucune alternative. Elle s'est référée pour le surplus à son opposition du 18 octobre 2005.

25. Dans sa réponse du 23 mars 2006, le SAM a rappelé que les Drs B_____, A_____ et D_____, ainsi que la Dresse F_____ avaient conclu que le traitement proposé à la recourante était réalisable à Genève; il n'y avait donc pas de justification médicale à l'effectuer à Lausanne. L'intimé a en outre souligné que cette opération n'avait aucun caractère d'urgence et découlait d'un choix personnel. Il s'est référé pour le surplus à sa décision sur opposition du 31 janvier 2006.

26. Dans sa réplique du 3 mai 2006, la recourante a relevé qu'elle ne doutait pas qu'une opération telle qu'elle l'avait subie soit réalisable à Genève, mais qu'en l'occurrence, aucun traitement ne lui avait été proposé aux "établissement hospitalier". Or, il s'agissait de soins indispensables pour le maintien de sa mobilité. Cependant, comme Genève ne proposait aucune alternative de traitement, cette intervention avait dû avoir lieu hors canton, ce qui ne relevait pas d'un choix personnel mais d'une nécessité médicale.

27. Par courrier du 7 juin 2006, le Tribunal de céans a requis de la recourante l'apport des factures des hôpitaux et des médecins concernant l'arthrodèse subie le 13 décembre 2004.

28. Par courrier du 12 juin, l'assurée a transmis les pièces requises.

29. Par ordonnance du 13 juin 2006, le Tribunal de céans a appelé en cause la caisse-maladie de la recourante, l'HELSANA ASSURANCES SA (ci-après la caisse-maladie), dont les droits pouvaient être affectés par l'issue de la présente procédure.

30. Par courrier du 14 juillet 2006, la caisse-maladie s'est rapportée à justice et a transmis au Tribunal de céans sa décision du 11 mars 2005, selon laquelle elle prenait en charge l'opération litigieuse à hauteur de 488 fr. par jour - ce qui correspondait au tarif applicable à l'hôpital cantonal de Genève - et refusait la prise en charge des frais supplémentaires dus à la différence entre le tarif hors canton et le forfait prévu dans le canton de Genève, au motif que l'opération aurait pu être médicalement effectuée dans le canton de domicile.

31. Sur ce, les différents courriers ont été transmis aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre

2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. a) Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts de prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie ou ses séquelles. Les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent ainsi, pour être prises en charge par l'assurance obligatoire des soins, être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal).

Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b).

La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 146 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale: lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 99 consid. 4a; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c). On ne saurait de manière générale déduire de la disparition des douleurs postérieurement à l'opération que celle-ci était appropriée. En effet, tant l'efficacité d'une prestation que son caractère adéquat en tant que critères de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins doivent être appréciés de manière pronostique (ATF 130 V 303 consid. 5.2 et l'arrêt cité). Ces critères doivent également s'appliquer lorsqu'il s'agit de déterminer sous l'angle de l'efficacité, laquelle de deux mesures médicales entrant alternativement en ligne de compte, doit être choisie au regard de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (ATF 130 V 304 consid. 6.1).

Enfin, le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitements efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 146 consid. 5; RAMA 2004 n° KV 272 p. 111 consid. 3.1.2).

32. b) La compétence et la procédure en matière de prétentions fondées sur l'art. 41 al. 3 LAMal sont du ressort des cantons (ATF 123 V 90). Dans le canton de Genève, sous réserve des compétences attribuées par la loi au Grand Conseil, c'est le Conseil d'Etat qui est chargé de l'application de la LAMal. (cf. art. 2 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 - LALAMal). Il peut déléguer ses compétences au DASS (art. 1er du règlement d'exécution de la

LALAMal du 15 décembre 1997 - RALAMal); aujourd'hui, c'est le Département de la Solidarité de l'Emploi qui est chargé d'octroyer les garanties d'hospitalisation.

L'art. 41 al. 1 LAMal pose le principe du libre choix, par l'assuré, entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie, mais il restreint la prise en charge des coûts de ces prestations en fonction de deux critères: le lieu de résidence ou de travail de l'assuré et les raisons médicales pouvant justifier le choix d'un fournisseur de prestations en dehors de ce lieu.

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 (art. 41 al. 1 troisième phrase LAMal). Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt à un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts d'après le tarif applicable à cet autre fournisseur de prestations (art. 41 al. 2 LAMal); si pour les mêmes raisons, 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 (art. 41 al. 3 LAMal).

La notion de «raisons médicales» est explicitée à l'art. 41 al. 2 LAMal. Sont réputées raisons médicales le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent être fournies : a) au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs s'il s'agit d'un traitement ambulatoire; b) dans le canton où réside l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier ou semi-hospitalier, ou dans un hôpital en dehors de ce canton, qui figure sur la liste dressée par le canton où réside l'assuré, en application de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal.

La loi ne définit pas ce qu'il faut entendre par cas d'urgence justifiant que l'assuré ait recours aux services d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics situé hors de son canton de résidence. En revanche, l'art. 36 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal) contient une définition du cas d'urgence en ce qui concerne la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins du coût des traitements effectués à l'étranger. Selon cette disposition réglementaire, il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié (deuxième phrase); il n'y a pas urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement (troisième phrase). Par analogie, il faut considérer qu'il y a cas d'urgence justifiant l'application d'un traitement hospitalier ou semi-hospitalier hors du canton de résidence lorsque des soins médicaux doivent être administrés sans tarder et qu'il n'est pas possible ou pas approprié d'imposer à l'assuré de retourner dans son canton de résidence (cf. EUGSTER, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, p. 169 n° 318).

S'agissant du cas de figure où les prestations nécessaires ne peuvent être fournies dans le canton de domicile, il est réalisé lorsque le canton de résidence ne peut offrir aucune mesure thérapeutique ou lorsque le traitement qui est proposé n'apparaît pas adéquat (EUGSTER, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 318). Il peut aussi s'avérer que tant le canton de résidence qu'un autre canton sont à même de fournir des types de mesures thérapeutiques tout aussi efficaces l'une que l'autre, mais que celles dispensées à l'extérieur se révèlent néanmoins plus favorables parce qu'elles entraînent, par exemple, des risques de complications ou des effets secondaires moins importants pour le patient. Dans un tel cas, on peut également admettre une raison médicale à une hospitalisation hors du canton de résidence. Le bénéfice thérapeutique en résultant doit cependant être important; des avantages minimes, incertains ou encore peu quantifiables ne sauraient justifier la prise en charge des coûts supplémentaires au sens de l'art. 41 al. 2 LAMal (ATF 127 V 147 consid. 5 et les références citées).

4. En l'occurrence, il s'agit d'examiner si la recourante avait des raisons médicales au sens de l'art. 41 al. 2 LAMal pour se faire opérer à Lausanne.

Le cas d'urgence n'étant à l'évidence pas donné dans le cas particulier, l'opération ayant été programmée et les atteintes de la recourante ne présentant, au sens de la LAMal, aucune urgence médicale, reste à examiner si elle peut se prévaloir d'une autre raison médicale pour obtenir le remboursement intégral de son séjour hospitalier à Lausanne.

Or, force est de constater que les autres raisons médicales au sens de l'art. 41 al. 2 LAMal font défaut dès lors que l'on ne saurait considérer que les prestations effectuées dans le canton de Vaud ne pouvaient pas être fournies dans le canton de domicile de la recourante comme l'exige l'art. 41 al. 3 LAMal. La décision de refus du DASS n'est dès lors pas critiquable.

Il convient enfin de relever que plusieurs médecins spécialistes ont examiné la recourante, soit les Drs A_____, D_____ et B_____, qui n'ont pas émis le même avis concernant l'indication à une arthrodèse du pied gauche. Le Dr B_____ a en effet estimé l'opération prévue assez délicate et d'un résultat difficilement prédictible. Les conditions globales n'étaient selon lui pas réunies pour pouvoir anticiper un bénéfice suffisant à la suite de cette opération. Aussi ce médecin a-t-il émis des doutes quant à l'adéquation du traitement proposé. Les autres médecins, constatant l'échec des divers traitements, ont quant à eux préconisé cette arthrodèse. Quoiqu'il en soit , le Professeur E_____ a proposé à l'assurée une consultation auprès de la Dresse G_____ pour un nouvel avis, qui aurait pu permettre, le cas échéant, que l'opération soit effectuée aux "établissement hospitalier". La recourante aurait ainsi pu, par cette consultation, établir si une opération se justifiait; elle aurait dû donner suite à cette proposition puisque son

atteinte à la santé ne présentait pas de caractère d'urgence. Elle l'a cependant refusée et a préféré se faire opérer à Lausanne tout en sachant que la garantie d'hospitalisation lui avait été refusée.

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière | La Présidente :

Marie-Louise QUELOZ | Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le