

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 juillet 2013

Présidence de Mme PASCHE
Juges : MM. Merz et Neu
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

G. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Guy Longchamp,
avocat à Saint-Sulpice,

et

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

Art. 5 al. 3 Cst.; art. 41 al. 1bis et 3 LAMal

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le [...], est assurée auprès d'M. _____ SA pour l'assurance obligatoire des soins.

Elle a séjourné dans le [...] du D. _____ du 15 au 20 janvier 2007, où elle a été admise en raison d'un macro-adénome hypophysaire symptomatique très probablement non sécrétant, extirpé le 16 janvier 2007 par voie trans-sphénoïdale endoscopique. Les suites opératoires ont été simples et dénuées de complication et l'assurée a noté une amélioration de la vision (lettre de sortie du 30 janvier 2007 du Prof. B. _____, ainsi que des Drs W. _____ et N. _____, respectivement spécialistes en neurochirurgie et médecin assistant).

A l'occasion d'une IRM hypophysaire du 26 février 2008, les Drs Z. _____ et P. _____, spécialistes en radiologie, ont conclu à l'impression d'une discrète progression du résidu hypophysaire du macroadénome, dont le contact avec le chiasma et les nerfs optiques semblait discrètement majoré. Le 27 février 2008, le Prof. M. _____ et la Dresse A. _____, spécialiste en endocrinologie et médecin assistante, ont noté la persistance d'un résidu tissulaire situé à droite au niveau de la selle turcique et antérieur à la tige hypophysaire, sans changement de taille depuis la précédente IRM de contrôle. Une intervention chirurgicale au niveau de ce résidu n'était toutefois pas indiquée, celui-ci ne menaçant aucune structure noble adjacente et son extirpation augmentant le risque d'insuffisance anté-hypophysaire.

Lors d'un CT cérébral natif et injecté du 4 mai 2010, les Drs O. _____ et I. _____, spécialiste en radiologie et médecin assistante, ont constaté, par rapport à la situation prévalant au 16 novembre 2009, la persistance du résidu tumoral mesuré à 13 mm de diamètre cranio-caudal, 12 mm de diamètre transverse et 11 mm de diamètre antéro-postérieur, de taille légèrement augmentée par rapport à l'étude précédente.

L'assurée a par la suite bénéficié le 25 mai 2010 d'une consultation ambulatoire au [...] du D._____. Dans leur rapport du 3 juin 2010, les Drs S._____ et L._____, spécialiste en endocrinologie, diabétologie et médecine interne, et médecin assistante, ont notamment posé le diagnostic de macro-adénome hypophysaire non sécrétant. Ils ont relevé qu'en raison de l'augmentation de la taille du résidu du macroadénome et de l'impression d'un déficit du champ visuel à l'examen clinique, ils avaient prévu un contrôle ophtalmologique auprès du Dr F._____, spécialiste en ophtalmologie, fin mai 2010. Ils avaient en outre prévu par la suite de discuter le cas de l'assurée au prochain colloque de neurochirurgie et endocrinologie pour se prononcer quant à l'indication d'une éventuelle extirpation par voie transphénoïdale du résidu du macroadénome ou d'une radiochirurgie.

Le 22 juin 2010, les Prof. M._____ et H._____, spécialiste en neurochirurgie, et la Dresse L._____ ont relevé que le contrôle ophtalmologique du 27 mai 2010 n'avait pas mis en évidence de signe compatible avec une compression des fibres nerveuses visuelles, raison pour laquelle ils ne retenaient pas d'indication opératoire pour le moment, mais proposaient un contrôle du champ visuel et un CT-scan cérébral dans six mois.

Le Dr X._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a demandé le 31 août 2010 à M._____ SA la prise en charge d'une intervention chirurgicale et de radiothérapie prévue à la Clinique C._____ à Zurich, en expliquant que la tumeur de sa patiente récidivait, que le [...] refusait de la réopérer et que le Prof. B._____ avait confirmé l'indication opératoire actuelle et le risque de cécité en cas de temporisation. On pouvait lire sur le courrier du Dr X._____ la mention manuscrite "Cas compliqué! à discuter!".

L'assurée a été examinée le 26 août 2010 à la Clinique C._____, par le Prof. V._____, spécialiste en neurochirurgie. Par courrier du 31 août 2010, ce médecin a fait savoir au Dr X._____ qu'en raison de la situation et de la taille de la tumeur, il considérait que la

résection de cette dernière était judicieuse (*"Auf Grund der Lage und Grösse des Tumors haben wir eindeutig die operative Tumorsektion als sinnvoll betrachtet"*). Ce médecin a décrit dans l'anamnèse de la patiente que les contrôles ophtalmologiques actuels ne montraient pas de réduction progressive de la vision (*"Die aktuellen ophtalmologischen Kontrollen zeigen keine progrediente Visuseinschränkung"*).

L'assurée a séjourné du 22 au 29 octobre 2010 auprès de la Clinique C._____ à Zurich. Le montant des soins dispensés à cette occasion s'est élevé, selon facture du 11 novembre 2010, à 21'653 fr. 85. M._____ SA a pris en charge des frais à hauteur de 4'992 francs.

Le 19 octobre 2011, l'assurée, par son conseil, a adressé au Service de la santé publique du canton de Vaud (ci-après: le SSP) une demande d'émission de garantie pour traitement extra-cantonal pour l'intervention subie le 22 octobre 2010 auprès de la Clinique C._____, à Zurich.

Le 1^{er} décembre 2011, le Dr X._____ a adressé au SSP une demande de garantie pour traitement extra-cantonal en faveur de sa patiente.

Par décision du 23 décembre 2011, le SSP a refusé la garantie requise, au motif que le traitement était réalisable dans le canton de résidence de l'assurée.

L'assurée, par son conseil, a formé réclamation contre cette décision le 23 janvier 2012, en faisant valoir en substance que l'indication opératoire et les raisons médicales au sens de l'art. 41 al. 3 LAMal étaient données, dans la mesure où un délai d'attente de six mois à compter du mois de juin 2010 n'était pas raisonnable compte tenu de l'évolution de l'atteinte dont elle souffrait, alléguant que si l'intervention n'avait pas eu lieu en octobre 2010 à la Clinique C._____, elle aurait perdu l'usage de son œil. Elle ne s'était pas rendue à la Clinique C._____ par confort ou convenance personnelle, mais pour des raisons médicales. Elle estimait

dès lors avoir droit à la prise en charge par le canton de Vaud de la part de rémunération au sens de l'art. 49a LAMal.

Le 7 février 2012, par son conseil, l'assurée a à nouveau expliqué que le recours à un hôpital extra-cantonal était indispensable, le Dr F. _____ ayant confirmé, au vu de la récurrence constatée en 2010 et du refus d'intervenir par voie classique des nouveaux chirurgiens du [...], qu'il était parfaitement compréhensible qu'elle ait trouvé une solution dite du "gamma knife" à la Clinique C. _____.

Par décision sur réclamation du 20 février 2012, le SSP a rejeté la réclamation et confirmé sa décision du 23 décembre 2011 refusant la garantie de paiement pour traitement extra-cantonal à l'assurée, en tant qu'elle concernait les prestations prodiguées par la clinique C. _____ lors de son hospitalisation du 22 octobre 2010. Il a exposé que la Clinique C. _____ à Zurich ne figurait, au moment des faits, ni dans la liste du canton de résidence (Vaud), ni dans celle du canton où la clinique a son siège (Zurich). Le traitement en cause ne remplissait par ailleurs pas les conditions de l'art. 41 al. 3 LAMal, l'urgence alléguée par l'assurée n'étant pas survenue hors canton, et l'intervention en cause se pratiquant au [...] au moment des faits, étant donc disponible dans le canton de Vaud, la divergence d'opinions entre médecins ne tombant pas dans le cadre de l'art. 41 al. 3 LAMal.

B. Par acte du 26 mars 2012, G. _____, par son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens qu'ordre est donné au canton de Vaud de contribuer à concurrence des montants prévus par les art. 41 et 49a LAMal aux frais qu'elle a encourus lors de son séjour hospitalier du 22 au 29 octobre 2010 au sein de la Clinique C. _____ à Zurich, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause au SSP pour nouvel examen et nouvelle décision. En substance, elle fait valoir que la Clinique C. _____ à Zurich figure sur la liste du canton de Zurich, si bien qu'il s'agit d'un hôpital répertorié qui doit être considéré comme un fournisseur de prestations admis. Elle soutient ensuite que la

notion de "raisons médicales" ne doit pas être interprétée de manière trop exigeante, et qu'il y a lieu selon la doctrine de considérer que le fait pour un assuré de devoir attendre longtemps avant d'être fixé sur une intervention doit être considéré comme une raison médicale, expliquant qu'une attente jusqu'au mois de novembre 2010 pour subir un examen aurait conduit à l'endommagement irrémédiable de sa vision et de son champ visuel. Vu l'attente et le manque d'empressement du [...] à agir, elle est d'avis qu'il y a lieu de considérer que le traitement était impossible dans son canton de résidence, si bien que le recours à l'hôpital extra-cantonal Clinique C._____ était parfaitement justifié. A titre de mesures d'instruction, elle requiert la production par le SSP de la liste hospitalière 2010 sur la base de laquelle elle a nié que la Clinique C._____ était un hôpital répertorié. Elle produit avec son recours une liste des hôpitaux admis à l'assurance-maladie selon les art. 39 al. 1 ou 101 al. 2 LAMal (état au 9 septembre 2010), sur laquelle figure notamment la Clinique C._____ à Zurich, avec la précision qu'elle n'est pas subventionnée et les remarques "HP+P", savoir demi-privé et privé.

Dans sa réponse du 7 mai 2012, le SSP conclut au rejet du recours. En bref, il explique qu'au moment des faits, la Clinique C._____ de Zurich ne figurait ni sur la liste hospitalière du canton de Vaud ni sur la liste hospitalière A du canton de Zurich en tant qu'hôpital subventionné, de sorte que ce seul élément déjà exclut l'application de l'art. 41 al. 3 LAMal et par conséquent la participation financière de l'Etat de Vaud. Il ajoute que les faits produits ne permettent pas de considérer que l'intervention chirurgicale effectuée dans cette clinique relevait de la raison médicale, s'agissant ni d'une urgence, ni d'un cas où l'intervention ne pouvait pas être pratiquée dans un établissement sis sur le territoire vaudois. Pour le SSP, le financement de la part non couverte par l'assurance de base doit être pris 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. Avec sa réponse, l'intimé produit les recommandations de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CSD) concernant la procédure relative aux subsides des cantons en cas de

traitement hospitalier hors canton selon l'art. 41 al. 3 LAMal, les listes hospitalières A et B du canton de Zurich en 2010 et un courriel de la Direction de la santé du canton de Zurich du 16 février 2012, à teneur duquel la Clinique C._____ n'était pas sur la liste A des hôpitaux du canton de Zurich avant 2012, mais sur la liste B, si bien que seuls les patients zurichois bénéficiant d'une assurance complémentaire pouvaient s'y faire traiter ("*Das heisst, nur zusatzversicherte Zürcher Patienten (KVV) konnten sich in der Klinik C._____ behandeln lassen*").

Dans sa réplique du 5 décembre 2012, la recourante fait valoir que le nouveau droit aurait dû être appliqué immédiatement, se fondant sur l'ATF 136 V 27, estimant que des motifs particuliers le justifient. Pour elle, le canton de Vaud ne saurait se retrancher derrière le caractère privé de la clinique pour refuser toute participation au coût au sens de l'art. 41 al. 3 LAMal, la nouvelle réglementation votée près de trois ans avant l'hospitalisation litigieuse devant être prise en compte, ce qui doit conduire à reconnaître que le canton de Zurich a établi une seule et nouvelle liste, dans laquelle la Clinique C._____ figure en bonne et due forme, en tant qu'hôpital répertorié. Elle fait enfin à nouveau valoir que si elle avait dû attendre le mois de novembre 2010 pour subir un examen de routine au [...], sa vision et son champ visuel auraient été irréversiblement endommagés. A titre de mesures d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise pour établir que dans l'hypothèse où l'intervention du 22 octobre 2010 avait été reportée à une date ultérieure comme suggéré par le [...], des problèmes de santé seraient survenus, estimant quoi qu'il en soit que le traitement était impossible dans le canton de Vaud et l'hospitalisation extra-cantonale justifiée.

Dans sa duplique du 21 janvier 2013, l'intimé constate qu'il n'y a pas lieu à application du nouveau régime LAMal, sans qu'il n'y ait lieu d'admettre une exception au principe de non rétroactivité. Il répète que la clinique C._____ de Zurich ne figurait, au moment des faits, ni sur la liste hospitalière du canton de Vaud, ni sur la liste hospitalière A du canton de Zurich en tant qu'hôpital subventionné. Par surabondance, il note à nouveau que le cas ne relève ni de l'urgence, ni de la raison médicale. Il

joint à son envoi les statuts de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.

Dans ses déterminations du 17 juin 2013, la recourante rappelle qu'il y a lieu selon elle d'appliquer à son cas la réglementation actuelle, adoptée le 21 décembre 2007, qui n'est finalement entrée en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2012, la clinique C._____ devant être considérée comme un hôpital répertorié. Dans un autre moyen, elle se demande si la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques ne s'est pas terminée le 20 février 2012 seulement, soit postérieurement à l'entrée en vigueur de la réglementation actuelle, soutenant que dans le cadre de l'interprétation de l'art. 41 al. 3 LAMal, l'élément déclencheur n'est pas tellement l'intervention d'octobre 2010 mais bien le refus du canton de résidence de supporter une partie des coûts en cas d'hospitalisation extra-cantonale pour des raisons médicales. Elle rappelle par ailleurs son argumentation relative aux raisons médicales. Dans un dernier moyen, elle relève que son attention n'a jamais été attirée sur les conséquences financières du traitement hospitalier auprès de la Clinique C._____ à Zurich, estimant qu'au regard de la complexité de la situation juridique et socio-politique des traitements hospitaliers extra-cantonaux, il serait particulièrement choquant et contraire à la bonne foi de lui faire supporter plus de 15'000 fr. (21'653 fr. 85 - 4'922 fr.) pour un traitement hospitalier dont l'efficacité, le caractère approprié et l'économicité n'ont jamais été remis en question.

Le 25 juin 2013, l'intimé a indiqué n'avoir aucune observation complémentaire à formuler.

E n d r o i t :

1. a) L'art. 2 al. 1 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) dispose que la Cour des

assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) est compétente pour statuer.

En dérogation au principe général de l'art. 94 al. 1 let. a LPA-VD, selon lequel la composition de la cour dépend de la valeur litigieuse, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal statue dans tous les cas à trois juges en matière de recours contre des décisions prises par le SSP en application de l'art. 41 al. 3 LAMal (art. 2 al. 2, première phrase, DVLAMal). La LPA-VD est applicable pour le surplus (art. 2 al. 2, deuxième phrase, DVLAMal).

b) Le recours a été déposé dans les 30 jours dès la notification de la décision attaquée (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité.

2. Le litige porte sur la prise en charge par le canton de Vaud de la part non prise en charge par M. _____ SA du traitement de la recourante auprès de la Clinique C. _____ à Zurich du 22 au 29 octobre 2010.

3. a) Aux termes de l'art. 41 al. 3 LAMal dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2009, applicable au moment de l'hospitalisation en cause et donc au présent cas (faute de dispositions transitoires particulières; cf. ci-dessous consid. 3b et 4; ATF 136 V 24 consid. 4.3 p. 27; 130 V 445 consid. 1.2.1 p. 447; TF 9C_456/2011 du 26 janvier 2012 consid. 2.2, dont il ressort en particulier que le moment de l'hospitalisation est déterminant pour déterminer le droit applicable), si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, l'assureur et le canton de résidence prennent à leur charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a; à l'exception des cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire.

On qualifie d'"hospitalier" un séjour d'une durée d'au moins 24 heures à l'hôpital pour des examens, un traitement ou des soins. Un séjour de moins de 24 heures à l'hôpital est également réputé hospitalier s'il est lié à des examens, un traitement ou des soins et si un lit est en outre occupé durant une nuit (cf. Message du Conseil fédéral du 15 septembre 2004 concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [financement hospitalier], in: FF 2004 5207, 5234). Tel est le cas en l'espèce, puisque la recourante a séjourné du 22 au 29 octobre 2010 à la Clinique C._____ à Zurich.

b) Sont notamment réputés raisons médicales au sens de l'art. 41 al. 3 LAMal le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies dans un hôpital répertorié du canton de résidence de l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier (art. 41 al. 3bis let. b LAMal). Un cas d'urgence est réalisé 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; K 128/01 du 14 octobre 2002 consid. 4.1, publié in: RAMA 2002, n°KV 231, p. 475; G. Eugster, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 2^e éd., 2007, p. 560 s., n° 475 ss, spéc. n° 477).

A teneur de l'art. 41 al. 1bis LAMal, en cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence. Cela étant, si les Chambres fédérales ont adopté la révision de la LAMal le 21 décembre 2007, elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 *sous réserve des dispositions transitoires* (RO 2008 2049, 2057). La révision "prévoit en substance l'abandon du financement des établissements et le passage à un

financement des prestations fournies par l'hôpital, la rémunération de ces prestations à parts égales par l'assureur et le canton de résidence de l'assuré, la planification cantonale ou bien intercantonale de la couverture des besoins en soins hospitaliers de tous les assurés, la planification intercantonale de la médecine hautement spécialisée ainsi que l'amélioration des données de base et des statistiques" (cf. Message du Conseil fédéral du 15 septembre 2004 concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [financement hospitalier] FF 2004 5207, 5221).

Le régime transitoire de la révision est organisé en plusieurs étapes (RO 2008 2049 p. 2055-2056). Une première étape devait être finalisée au 31 décembre 2011 par l'introduction des forfaits liés aux prestations au sens de l'art. 49 al. 1 LAMal ainsi que par l'application des règles de financement au sens de l'art. 49a LAMal. A cette même date, la réglementation prévue à l'art. 41 al. 1bis LAMal (libre choix de l'hôpital ou de la maison de naissance) devait également être mise en oeuvre. Les planifications hospitalières cantonales doivent satisfaire aux exigences prévues à l'art. 39 LAMal dans un délai de trois ans à compter de la date d'introduction des forfaits liés aux prestations, soit au plus tard au 31 décembre 2014. Les critères de planifications édictés par le Conseil fédéral (cf. modification du 22 octobre 2008, RO 2008 5097) sont ancrés depuis le 1^{er} janvier 2009 aux art. 58a à 58e OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102).

Les dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 de la LAMal (financement hospitalier) ont ainsi la teneur suivante:

"1. L'introduction des forfaits liés aux prestations au sens de l'art. 49, al. 1, ainsi que l'application des règles de financement au sens de l'art. 49a, y compris l'inclusion des coûts d'investissement, doivent être terminées au plus tard le 31 décembre 2011.

2. Le Conseil fédéral fixe:

- a. les modalités d'introduction;
- b. la procédure selon laquelle les investissements effectués avant l'entrée en vigueur de la présente modification sont pris en compte dans le calcul du tarif.

3. Les planifications hospitalières cantonales doivent satisfaire aux exigences prévues à l'art. 39 dans un délai de trois ans à compter de la date d'introduction des forfaits visée à l'al. 1. L'appréciation de la qualité et du caractère économique se fonde sur des comparaisons entre hôpitaux.

4. Les cantons et les assureurs se partagent les coûts des traitements hospitaliers jusqu'à la date d'introduction des forfaits visée à l'al. 1, conformément aux règles de financement en vigueur avant la modification de la loi. Pendant le délai d'adaptation des listes hospitalières prévu à l'al. 3, les cantons prennent en charge leur participation aux coûts dans tous les hôpitaux figurant sur les listes en vigueur.

5. Les cantons fixent leur part de rémunération prévue à l'art. 49a, al. 2, avant le 1^{er} janvier 2012. Les cantons dont la moyenne des primes pour adultes est inférieure à la moyenne suisse au moment de l'introduction des forfaits prévue à l'al. 1 peuvent fixer leur part de rémunération entre 45% et 55%. Cette part peut être modifiée chaque année de 2 points de pour-cent au plus, à partir du taux initial, jusqu'au 1^{er} janvier 2017.

6. La réglementation prévue à l'art. 41, al. 1bis, est également mise en oeuvre à la date d'introduction des forfaits prévue à l'al. 1".

4. Il convient en premier lieu d'examiner si, ainsi que le soutient la recourante, la clinique C._____ de Zurich figure sur la liste de ce

canton, et s'il y a lieu de la considérer comme un hôpital répertorié devant être considéré comme un fournisseur de prestations admis.

A cet égard, il est constant qu'en cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste en principe celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 et les références citées). Dans le courant d'une procédure judiciaire subséquente, les modifications législatives sont en règle générale sans incidence et, dans le cadre d'un recours en matière de droit public, il incombe au Tribunal fédéral d'examiner uniquement si la décision attaquée est conforme au droit en vigueur au moment où elle a été rendue. Lorsqu'il existe des motifs particuliers imposant l'application immédiate du nouveau droit, une exception peut se justifier (ATF 119 Ib 103 consid. 5 p. 110 et les références citées; ATF 136 V 24 consid. 4.3).

En l'occurrence, l'état de fait déterminant est consacré par l'hospitalisation de la recourante en octobre 2010. A cette date, et jusqu'au 31 décembre 2011, le nouveau régime de financement des soins hospitaliers n'était pas encore entré en force. Il convient ainsi de déterminer si la clinique C._____ figurait sur la liste de ce canton en tant qu'établissement sanitaire subventionné par les pouvoirs publics.

Dans le cadre de l'instruction du cas qu'il a menée avant de statuer sur la réclamation de la recourante, l'intimé a interpellé la direction de la santé du canton de Zurich afin de savoir si la Clinique C._____ de ce canton figurait déjà sur sa liste LAMal en 2010 (cf. courriel du 16 février 2012). Par courriel du 17 février 2012, la direction de la santé du canton de Zurich a répondu qu'avant 2012, la clinique C._____ ne figurait pas sur la liste A des hôpitaux du canton de Zurich, mais sur la liste B. Il en découlait que seuls les patients zurichois bénéficiant d'une assurance complémentaire pouvaient s'y faire traiter. La liste des hôpitaux zurichois de catégories A ("Institutionen mit Zulassung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Allgemeinen Abteilung zu Lasten der

obligatorischen Krankenpflegeversicherung") et B ("Institutionen mit Zulassung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Halbprivat- und Privatabteilung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung") valable dès le 1^{er} janvier 2010 a été produite. Il en ressort que la clinique C._____ figure dans la catégorie B, et qu'elle n'était pas un établissement subventionné par les pouvoirs publics en octobre 2010.

La recourante soutient toutefois que le nouveau droit aurait dû être appliqué immédiatement, dès lors que la nouvelle réglementation de financement hospitalier a été décidée au Parlement fédéral le 21 décembre 2007, avec pour but notamment d'étendre le libre choix des hôpitaux pour les assurés, en tenant compte notamment de manière équitable des cliniques privées, se référant à l'ATF 136 V 27.

Le principe de sécurité et de prévisibilité du droit fait en principe obstacle à ce qu'une norme attache des effets juridiques à des faits antérieurs à sa mise en vigueur (principe de non-rétroactivité). Toutefois, une norme peut être assortie d'un effet rétroactif si les conditions suivantes sont réalisées: il existe un intérêt public l'emportant à la fois sur des intérêts privés opposés ainsi que sur le principe même de la sécurité du droit. En outre, l'effet rétroactif doit reposer sur une base légale et doit porter sur une période limitée. Enfin, il ne doit pas créer d'inégalités choquantes, ni porter atteinte à des droits acquis (ATF 119 la 254 consid. 3b p. 258 et les références citées).

En l'espèce, une application rétroactive des dispositions légales votées le 21 décembre 2007 ne se justifie pas et contreviendrait au principe de sécurité et de prévisibilité du droit. En particulier, on voit mal qu'existerait en l'espèce un intérêt public l'emportant à la fois sur les intérêts privés opposés et sur le principe même de la sécurité du droit. Comme le relève par ailleurs à bon droit l'intimé, les dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 sont claires en tant qu'elles précisent bien que les cantons et les assureurs se partagent les coûts des traitements hospitaliers jusqu'à la date d'introduction des

forfaits liés aux prestations au sens de l'art. 49 al. 1 LAMal, ainsi que l'application des règles de financement au sens de l'art. 49a LAMal, y compris l'inclusion des coûts d'investissement, au plus tard le 31 décembre 2011. L'effet rétroactif pourrait en outre créer des inégalités choquantes (ATF 119 la 254 consid. 3b). Enfin, la recourante ne disposait pas d'un droit acquis. En pareilles circonstances, il convient de constater que les conditions permettant d'assortir une loi d'un effet rétroactif ne sont pas réalisées. Dans la mesure où la clinique C. _____ de Zurich ne figurait, à l'époque des faits, ni sur la liste hospitalière du canton de Vaud, ni sur la liste hospitalière A du canton de Zurich en tant qu'hôpital subventionné, le canton de Vaud n'est pas tenu de financer la part du traitement de la recourante auprès de la clinique C. _____ à Zurich du 22 au 29 octobre 2010 non prise en charge par M. _____ SA.

5. La recourante soutient en outre que la notion de "raisons médicales" ne doit pas être interprétée de manière trop exigeante, et qu'il est admis en doctrine que le fait de devoir attendre longtemps avant d'être fixé sur une intervention doit être considéré comme une raison médicale. Pour elle, une attente jusqu'au mois de novembre 2010 pour obtenir un examen au [...] aurait conduit à l'endommagement irrémédiable de sa vision et de son champ visuel. Elle estime ainsi que vu le manque d'empressement du [...] à agir et l'attente, le traitement était impossible dans son canton de résidence, de sorte que le recours à la clinique C. _____ de Zurich était parfaitement justifié.

La recourante ne peut être suivie dans ses explications. Il apparaît en effet que les Drs S. _____ et L. _____ ont estimé opportun, compte tenu de l'augmentation de la taille du résidu du macroadénome notamment, de la soumettre à un contrôle ophtalmologique. Ces médecins ont du reste évoqué la possibilité d'une extirpation par voie transphénoïdale du résidu ou d'une radiochirurgie (rapport médical du 3 juin 2010). La recourante a ainsi subi le 27 mai 2010 un contrôle ophtalmologique, lequel n'a pas mis en évidence de signe compatible avec une compression des fibres nerveuses visuelles. Forts de ce constat, les Profs. M. _____ et H. _____, ainsi que la Dresse L. _____, n'ont pas

retenu d'indication opératoire pour le moment, proposant un contrôle du champ visuel et un CT-scan cérébral dans six mois.

Il ne ressort d'aucune pièce au dossier que la recourante aurait contacté à nouveau les médecins du [...] afin de s'y faire examiner. Les pièces au dossier conduisent plutôt à admettre qu'elle a consulté le Prof. V._____ de la clinique C._____ le 26 août 2010, alors que rien ne l'empêchait de solliciter un nouvel examen auprès du [...] avant un délai de six mois pour le cas où elle craignait une dégradation de son état de santé. Les spécialistes du [...] ne se sont par ailleurs pas montrés alarmistes à la suite du contrôle intervenu à la fin du mois de mai 2010. En particulier, il n'est fait nulle mention d'un risque de perte de la vue et de lésions irréversibles allégués par la recourante.

Dans ce contexte, il apparaît bien plutôt que c'est par convenance personnelle que la recourante a choisi de subir l'intervention en cause à la clinique C._____ de Zurich, sans que la notion d'urgence ne soit démontrée, s'agissant d'une intervention qui était planifiée (le Dr X._____ ayant demandé sa prise en charge par M._____ SA en août 2010), pas plus que l'existence de raisons médicales. Il est en effet manifeste que la recourante aurait pu être valablement traitée au D._____, où elle pouvait bénéficier de tous les soins requis, cet établissement disposant du personnel et des équipements nécessaires, ou dans un autre établissement sis sur le territoire vaudois. Au demeurant, la recourante, qui a consulté le Dr V._____ en août 2010, n'a pas sollicité d'autorisation du canton de Vaud avant l'intervention de fin octobre 2010, alors que l'art. 41 al. 3 in fine LAMal prévoit bien qu'à l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire. Ce n'est finalement qu'une année plus tard, soit le 19 octobre 2011, que son conseil a adressé à l'intimé une demande d'émission de garantie, demande qui n'a été formellement requise par son médecin traitant, le Dr X._____, qu'en date du 1^{er} décembre 2011. Pour le surplus, la recourante n'avait pas non plus adressé une notice de l'appréciation du Dr V._____ d'août 2010 au D._____ pour que celui-ci puisse s'exprimer sur l'état de santé de l'intéressée avant l'opération d'octobre 2010.

Finalement, en l'absence d'urgence et faute de "raison médicale", la recourante ne pouvait pas bénéficier de la participation financière de l'Etat de Vaud pour le traitement subi du 22 au 29 octobre 2010 à la clinique C._____ de Zurich.

6. Dans un dernier moyen, la recourante se prévaut de la protection de sa bonne foi, estimant qu'il serait "particulièrement choquant" de lui faire supporter plus de 15'000 fr. pour un traitement hospitalier dont l'efficacité, le caractère approprié et l'économicité n'ont jamais été remis en question.

Aux termes de l'art. 5 al. 3 Cst. (Constitution fédérale du 18 avril 1999; RS 101), les organes de l'Etat et les particuliers doivent agir conformément aux règles de la bonne foi. Cela implique notamment qu'ils s'abstiennent d'adopter un comportement contradictoire ou abusif (ATF 134 V 306 consid. 4.2 p. 312). De ce principe découle notamment, en vertu de l'art. 9 Cst., le droit de toute personne à la protection de sa bonne foi dans ses relations avec l'Etat (sur le rapport avec l'art. 5 al. 3 Cst., cf. ATF 136 I 254 consid. 5.2 p. 261 et la référence citée). Le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration (cf. ATF 131 II 627 consid. 6.1 p. 636).

En l'occurrence, l'intimé n'a jamais laissé entendre qu'il accorderait la garantie pour traitement extra-cantonal à la recourante. C'est bien cette dernière qui a pris la décision, par convenance personnelle, de subir une intervention à la clinique C._____ de Zurich. Avec l'intimé, il convient d'admettre qu'il incombait plutôt à la clinique en cause, respectivement aux médecins de la recourante, d'attirer l'attention de cette dernière sur les conséquences financières du traitement hospitalier qui y a été effectué, sans que cette absence de renseignements ne doive conduire à la participation financière du canton de Vaud au traitement en cause.

7. La recourante requiert enfin la mise en œuvre d'une expertise pour établir que dans l'hypothèse où l'intervention du 22 octobre 2010 avait été reportée à une date ultérieure, des problèmes de santé seraient survenus. Or il apparaît que le dossier constitué est suffisamment complet pour permettre à la juridiction de céans de statuer en toute connaissance de cause, de sorte que l'on ne voit pas, aussi à l'égard de ce qui précède, ce qu'une telle mesure pourrait apporter à la solution du litige (sur l'appréciation anticipée des preuves: ATF 131 I 153 consid. 3 et les références citées). Il convient par conséquent d'écarter cette requête.

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision entreprise.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires ni d'allouer de dépens.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur réclamation rendue le 20 février 2012 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.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Guy Longchamp, avocat à Saint-Sulpice (pour G. _____)
- 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 :