

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 janvier 2018

Composition : Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante,

et

O. _____-[...] **SA**, au [...], intimée.

Art. 64 al. 7 LAMal.

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée), née en 1983, est assurée au titre de l'assurance obligatoire des soins auprès d'O._____-[...] SA (ci-après : O._____) depuis le 1^{er} janvier 2010. La franchise annuelle s'élevait à 2'500 fr. en 2017.

Le 3 février 2017, l'assurée s'est présentée aux urgences de la Polyclinique de gynécologie des Etablissement hospitaliers [...] (ci-après : les Etablissements hospitaliers A._____). Une grossesse extra-utérine a été suspectée, diagnostic qui a été confirmé et qui a entraîné un suivi jusqu'au 10 mars 2017.

Les 24 février, 3 mars, 10 mars et 24 mars 2017, les Etablissements hospitaliers A._____ ont adressé à O._____, en sa qualité de tiers payant, quatre factures de respectivement 1'015 fr. 60, 498 fr. 50, 110 fr. 20 et 30 fr. 10 ; ces factures comportaient sous la rubrique « *motif de traitement* » l'indication « *maladie* ».

Les 24 mars, 29 mars, 7 avril et 26 avril 2017, l'assurance a envoyé à l'assurée des décomptes de prestations en relation avec les factures susdites, mettant à la charge de l'intéressée les sommes de 1'015 fr. 55, 498 fr. 45, 110 fr. 20 et 30 fr. 10 au titre de la franchise 2017.

Par courrier du 18 avril 2017 à O._____, l'assurée a contesté ces décomptes de prestations et requis une prise de position quant aux raisons pour lesquelles ces prestations avaient été facturées comme s'il agissait d'une maladie alors qu'il était question de la prise en charge d'une grossesse. Elle a plus particulièrement invoqué l'égalité entre hommes et femmes, ainsi que l'égalité de traitement de la grossesse à ses différents stades et contesté, pour ces mêmes motifs, l'art. 64 al. 7 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10) excluant la prise en charge de complications de grossesse avant la 13^e semaine.

Par décision du 16 mai 2017, O._____ a confirmé ses décomptes de prestations. Elle a relevé que les soins concernés, prodigués aux Etablissements hospitaliers A._____ du 3 février au 10 mars 2017, avaient été donnés avant la 13^e semaine de grossesse et que les frais en résultant ne pouvaient pas être exemptés des participations légales au sens de l'art. 64 al. 7 let. b LAMal. En outre, les examens et analyses pratiqués - comportant, comme motif de consultation, la mention « *Maladie* » - ne correspondaient pas aux prestations spécifiques de maternité prévues à l'art. 13 let. a ch. 1 OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832.112.31). L'assurance a en outre souligné que les participations légales seraient également prélevées sur deux autres factures des Etablissements hospitaliers A._____, de respectivement 333 fr. 55 et 272 fr., qui feraient l'objet d'un prochain décompte de prestations.

Par écriture du 13 juin 2017, l'assurée a fait opposition à l'encontre de cette décision. Elle a fait valoir qu'une grossesse commençait dès la conception - ce qui prévalait d'ailleurs en droit du travail - et non treize semaines après la fécondation. Elle a ajouté qu'en vertu de la loi, la maternité comprenait la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence consécutive à ce dernier, aucune réserve n'étant faite quant à la nature de la grossesse. En outre, tant la constitution suisse que la LAMal faisaient une distinction claire entre maternité et maladie. L'assurée en a déduit qu'il était clairement contraire à la loi que d'exclure la prise en charge des frais découlant du suivi de complications de grossesse survenant avant la 13^e semaine. Du reste, l'art. 64 al. 7 let. b LAMal se référait uniquement aux prestations fournies en cas de maladie (au sens des art. 25 et 25a LAMal) et ne visant en rien la grossesse, cette disposition ayant pour finalité de mutualiser tous les frais de santé rencontrés par les femmes enceintes d'au moins treize semaines et jusqu'à huit semaines après l'accouchement, dans un souci d'égalité. En résumé, l'art. 64 al. 7 let. b LAMal prévoyait l'exemption de tous frais médicaux - causés ou non par des maladies - à partir de la 13^e

semaine et jusqu'à huit semaines après l'accouchement, ce à quoi s'ajoutait l'exemption de participation aux frais directement liés à une grossesse au sens de l'art. 64 al. 7 let. a LAMal. Attendu qu'elle avait été soignée en relation avec une grossesse, l'intéressée a soutenu que son cas tombait sous le coup de l'art. 64 al. 7 let. a LAMal. Elle a par ailleurs souligné que l'OPAS ne faisait aucune mention d'un début de suivi de grossesse à treize semaines et traitait non seulement des cas de « *grossesse normale* » mais également des cas de « *grossesse à risque* », telle une grossesse extra-utérine. De surcroît, l'assurée s'est prévalu du principe d'égalité entre hommes et femmes dans le contexte de la mutualisation financière des risques découlant de la maternité, alléguant par ailleurs qu'il était tout simplement anticonstitutionnel que le même problème médical survenant chez la femme enceinte, avec de mêmes symptômes causés par le même embryon, puisse déclencher un remboursement différent en fonction d'une prise en charge antérieure ou postérieure au premier trimestre de grossesse. L'assurée a conséquemment demandé l'annulation des décomptes de prestations d'un montant qui, à ce jour, s'élevait à 2'259 fr. 95.

Interpellée le 22 juin 2017 par O._____, la Dresse V._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique et cheffe de clinique adjointe aux Etablissements hospitaliers A._____, a indiqué par retour de courrier, le 21 août 2017, que l'assurée avait fait une grossesse extra-utérine à douze semaines et deux jours selon la date des dernières règles mais avec un taux d'hormone chorionique gonadotrope (HCG) à « 38 Ui » lors du premier contrôle le 3 février 2017.

Par décision sur opposition du 20 octobre 2017, O._____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa précédente décision. Pour l'essentiel, l'assurance a observé que la grossesse de l'intéressée avait dû être interrompue en raison d'une grossesse extra-utérine à douze semaines et deux jours de grossesse et que, d'après la loi, l'interruption de grossesse n'était pas exemptée des participations légales. En outre, la grossesse extra-utérine ne pouvait pas être qualifiée de grossesse à risque au sens de l'art. 13 let. a ch. 2 OPAS, dont les coûts seraient exemptés des

participations légales conformément à l'art. 64 al. 7 let. a LAMal. En effet, selon le Manuel de la société des médecins-conseils et médecins des assurances, une grossesse à risque se définissait par des critères précis liés à l'anamnèse obstétricale et à l'anamnèse personnelle ou en relation avec la grossesse actuelle ; or, la grossesse extra-utérine ne figurait pas dans ces critères, raison pour laquelle elle ne pouvait être qualifiée comme telle. Cela étant, les factures émises par les Etablissements hospitaliers A. _____ pour les consultations et analyses ayant eu lieu du 3 février au 10 mars 2017 ne pouvaient pas être exemptées des participations légales pour ce motif.

B. Entre-temps, après un échange de courriels, l'assurée s'est adressée aux Etablissements hospitaliers A. _____ par correspondance du 18 avril 2017, contestant les factures émises par cet établissement pour la prise en charge dispensée du 3 février au 10 mars 2017 et sollicitant des explications quant à la mention « *maladie* » figurant sur ces factures alors même qu'il s'était agi d'une grossesse.

Le 27 juin 2017, l'assurée a adressé aux Etablissements hospitaliers A. _____ une « *requête de révision du libellé "maladie" pour un cas de grossesse avérée ou demande expresse d'une décision motivée en fait et en droit, sujette à recours* ».

Les Etablissements hospitaliers A. _____ ont répondu le 18 juillet 2017 qu'ils ne pouvaient donner une suite favorable à la requête de l'assurée, tenus qu'ils étaient par les prescriptions édictées par le législateur.

C. En date du 22 novembre 2017, Z. _____ a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'annulation « *de la décision des Etablissements hospitaliers A. _____ ainsi que d'O. _____* ». En substance, la recourante reprend l'argumentation développée dans ses précédentes écritures et invoque, plus particulièrement, que son cas aurait dû donner lieu à une prise en charge pour grossesse à risque et non être traité comme une maladie. A

l'appui de son recours, l'intéressée a produit un onglet de pièces se rapportant notamment à son suivi aux Etablissements hospitaliers A._____ ainsi qu'à ses précédents échanges avec O._____ et les Etablissements hospitaliers A._____.

La recourante a également requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

E n d r o i t :

1. a) Dans le domaine de l'assurance-maladie, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer sur les recours contre les décisions sur opposition d'un assureur-maladie relatives à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, autrement dit pour statuer sur les litiges liés à l'application de la LAMal, conformément aux art. 56 ss LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) et à l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). Lorsque la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., comme en l'espèce, la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Aux termes de l'art. 82 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1). Dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (cf. art. 82 al. 2 LPA-VD).

2. a) A titre préalable, il y a lieu de relever que la correspondance des Etablissements hospitaliers A._____ du 18 juillet 2017 - à supposer que l'on puisse y voir une décision (cf. art. 5 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS

172.021] et 3 al. 1 LPA-VD) – ne constitue à l'évidence pas une décision susceptible de recours devant l'autorité de céans au sens des art. 56 ss LPGA et 93 let. a LPA-VD (cf. consid. 1a supra). Le recours doit donc être déclaré irrecevable sur cet aspect.

b) C'est par ailleurs le lieu de relever qu'en procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1).

En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si O. _____ peut réclamer à la recourante une participation aux coûts pour les soins concernés par les décomptes de prestations des 24 mars (1'015 fr. 55), 29 mars (498 fr. 45), 7 avril (110 fr. 20) et 26 avril (30 fr. 10) 2017, ou si ces soins tombent sous le coup des prestations de grossesse exemptées des participations légales. En revanche, la décision initiale du 16 mai 2017 comme la décision litigieuse du 20 octobre 2017 ne s'étendent pas à d'autres décomptes de prestations – notamment aux décomptes futurs évoqués par l'assureur-maladie pour des montants de 333 fr. 55 et 272 fr. (cf. décision du 16 mai 2017 p. 4), qui échappent par conséquent à l'examen de la Cour de céans.

3. a) Selon l'art. 1a al. 2 LAMal, l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie, d'accidents – dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge – et de maternité. Conformément à l'art. 5 LPGA, la maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier. Ainsi, la notion de maternité est composée de trois éléments essentiels qui spécifient sa dimension temporelle (cf. Stéphanie Perrenoud, La protection de la maternité, Berne 2015, p. 93).

b) En vertu de l'art. 29 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité. Le droit aux prestations spécifiques de maternité prend naissance avec le début de la grossesse, soit dès la fécondation de l'ovule (cf. Perrenoud, op. cit., p. 607).

Selon l'art. 29 al. 2 LAMal, ces prestations – pour lesquelles l'assureur ne peut exiger aucune participation (cf. art. 64 al. 7 let. a LAMal) – comprennent les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse (let. a), l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une institution de soins semi-hospitaliers ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme (let. b), les conseils nécessaires en cas d'allaitement (let. c) et les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère (let. d).

Le Conseil fédéral, chargé d'édicter les dispositions aux fins d'exécution de la loi, a délégué cette compétence, dans la mesure concernée par les prestations visées à l'art. 29 al. 2 let. a et c LAMal, au Département fédéral de l'intérieur (cf. art. 33 let. d OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102]), qui a édicté l'OPAS le 20 septembre 1995. Les prestations spécifiques en cas de maternité sont ainsi réglées aux art. 13 à 16 OPAS (examens de contrôle, préparation à l'accouchement, conseils en cas d'allaitement et prestations des sages-femmes). L'art. 13 OPAS définit plus particulièrement les types d'examens de contrôle pris en charge par l'assurance-maladie, à savoir les contrôles (let. a), les contrôles ultrasonographiques (let. b), le test du premier trimestre (let. b^{bis}), le test prénatal non invasif (let. b^{ter}), l'examen pré-partum au moyen de la cardiotocographie (let. c), l'amniocentèse avec prélèvement des villosités chorales et cordocentèse (let. d), ainsi qu'un examen de contrôle post-partum (let. e). Le but de ces examens est de surveiller le bon déroulement de la grossesse et de déceler les éventuelles complications qui pourrait survenir et endommager la santé de la mère

et/ou celle de l'enfant à naître ; il s'agit donc de mesures prophylactiques (cf. Perrenoud, op. cit., p. 612).

La liste des prestations spécifiques de maternité énoncées aux art. 29 al. 2 LAMal et 13 à 16 OPAS est exhaustive (cf. Perrenoud, op. cit., p. 611). Par ailleurs, ces prestations conservent leur caractère de prestations spécifiques de maternité lorsqu'elles sont accordées à une assurée dont la grossesse est pathologique (cf. Perrenoud, op. cit., p. 611).

c) Nonobstant ce qui précède, l'art. 64 al. 7 let. b LAMal – dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} mars 2014 – prévoit que l'assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts des prestations visées aux art. 25 (prestations générales en cas de maladie) et 25a (soins en cas de maladie) LAMal qui sont fournies à partir de la treizième semaine de grossesse, pendant l'accouchement et jusqu'à huit semaines après l'accouchement (cf. art. 64 al. 7 let. b LAMal). Cette exemption s'étend à la franchise et à la quote-part (cf. art. 64 al. 2 LAMal). Il appartient en outre au médecin qui suit la grossesse de déterminer le début présumé de la 13^e semaine de grossesse et de le mentionner sur la facture (cf. art. 105 al. 1 OAMal).

4. a) En l'occurrence, force est de constater avec l'intimée que les prestations et soins dispensés à la recourante par les Etablissements hospitaliers A. _____ du 2 février au 10 mars 2017 ne rentrent pas dans la liste exhaustive des prestations spécifiques de maternité, en particulier les examens mentionnés à l'art. 13 OPAS.

De tels examens visent en effet à surveiller le bon déroulement d'une grossesse (cf. Perrenoud, op. cit., p. 612), qu'elle soit normale ou à risque. Or, la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle assimile sa grossesse extra-utérine à une grossesse à risque. La grossesse à risque, qui au même titre que la grossesse normale n'est pas une maladie, se définit selon les critères suivants (cf. chap. 28 du Manuel de la Société suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances [SGV,

SSMC], disponible en ligne à l'adresse <http://www.medecins-conseils.ch/manual/chapter28.html>) :

Critères liés à l'anamnèse obstétricale :

- Risque de fausse couche ou d'avortement, ce qui rend un traitement médicamenteux nécessaire pour assurer la poursuite de la grossesse ;
- Status après un traitement de stérilité, deux avortements prématurés, avortement tardif, accouchement prématuré ou davantage ;
- Status après opérations transmurales sur l'utérus, y compris la césarienne ;
- Status après affection hypertensive durant la grossesse (hypertonie, prééclampsie, éclampsie) ;
- Status après retard de croissance fœtale, trouble du développement infantile ou accouchement d'un enfant mort-né ;
- Status après grossesse intervenue par traitement de la stérilité avec FIV ;
- Status après interventions chirurgicales abdominales durant la grossesse (p.ex. Appendicectomie).

Critères liés à l'anamnèse personnelle :

- Primipare de moins de 18 ans ou plus de 35 ans ;
- Multipare de plus de 40 ans ;
- (Statut après) affection maligne ;
- Paraplégie, anomalies du bassin ;
- Diabète sucré (toutes les formes) ;
- Affections autoimmunes avec conséquences sur la fonction de la coagulation (p.ex. LED, syndrome APAK. ITP) ;
- Thrombophilies (par ex. déficit en facteur AT-III, mutation du facteur V Leiden, déficit en protéine S); status après affection thromboembolique ;
- Hypertonie, affections rénales ;
- Epilepsie et autres affections neurologiques ;

- Maladies génétiques (p.ex. syndrome de Marfan, mucoviscidose) ;
- HIV-positif ;
- Anorexie et boulimie ;
- Alcoolisme; consommation de drogues; abus de médicaments.

Critères en relation avec la grossesse actuelle:

- Anomalies à l'examen par ultrasons (malformations, oligohydramnios; polyhydramnios, anomalie constatée de la circulation sanguine dans les vaisseaux utérins et fœtaux) ;
- Mobilité fœtale réduite ;
- Ictère durant la grossesse (cholestase gravidique) ;
- Cystopyélite ;
- Incompatibilité de groupes sanguins (p.ex. incompatibilité de facteurs rhésus) thrombocytopénie alloimmune ;
- Infections (chlamydias, gonorrhée, hépatite, herpès, HIV, syphilis, rubéole, Tbc, toxoplasmose, varicelle, cytomégalie, érythème infectieux) ;
- Grossesse multiple, malposition de l'enfant ;
- Menaces d'accouchement prématuré (contraction utérine prématurée, ouverture prématurée du col de l'utérus); hémorragies au cours de la deuxième partie de la grossesse ;
- Retard de la croissance intra-utérine, macrosomie fœtale ;
- Affection d'hypertension pendant la grossesse ;
- Dépassement du terme de la grossesse.

Comme l'a relevé l'intimée dans la décision entreprise, la grossesse extra-utérine ne figure pas parmi les critères de grossesse à risque, critères définis par des spécialistes et dont la Cour de céans ne voit aucune raison de s'écarter. Par voie de conséquence, la grossesse de la recourante ne peut être considérée comme une grossesse à risque et être ainsi assimilée, du point de vue l'assurance obligatoire des soins, à une grossesse dite normale.

En revanche, la grossesse pathologique est considérée comme une maladie et les troubles qui la caractérisent donnent droit aux mêmes prestations qu'en cas de maladie (cf. Perrenoud, op. cit., p. 96). Parmi les grossesses pathologiques figure la grossesse extra-utérine qui survient – comme en l'espèce – lorsque l'ovule s'implante en dehors de l'utérus, provoquant ainsi la mort de l'embryon après quelques semaines en règle générale par sous-alimentation (cf. Perrenoud, op. cit., p. 99). Dans cette hypothèse, l'issue est pour ainsi dire inéluctable de sorte que l'on ne saurait parler d'examens visant à assurer le bon déroulement de la grossesse au sens de l'art. 13 OPAS ou, plus généralement, de prestations spécifiques de maternité au sens de l'art. 29 al. 2 LAMal.

Dans ces conditions, l'exemption prévue à l'art. 64 al. 7 let. a LAMal ne peut donc trouver application.

b) Sous l'angle de l'art. 64 al. 7 let. b LAMal, il est constant que la recourante était à moins de treize semaines de grossesse lors du traitement litigieux, ce qu'elle ne conteste du reste pas.

aa) Précédemment, soit dans sa teneur jusqu'au 28 février 2014, l'art. 64 al. 7 LAMal devait s'interpréter en ce sens que seules les prestations spécifiques de maternité énoncées à l'art. 29 al. 2 LAMal étaient exemptées de la participation aux coûts, à l'exclusion des prestations dispensées en cas de complications survenues en cours de grossesse, qui constituaient des frais de maladie (cf. Perrenoud, op. cit., p. 629). Les juges considéraient que le système légal, qui exemptait de l'obligation de participer aux coûts uniquement les prestations spécifiques de maternité, ne pouvait pas être considéré comme introduisant une inégalité de traitement entre les femmes dont la grossesse se déroulait normalement et celles dont la grossesse était perturbée par l'apparition de complications ayant valeur de maladie (cf. Perrenoud, op. cit., p. 630).

Dans le cadre des travaux ayant amené aux modifications légales entrées en vigueur au 1^{er} mars 2014, c'est à dessein qu'il a été choisi d'exempter de participation aux coûts les prestations et soins en

cas de maladie dès la 13^e semaine de grossesse. A cet égard, l'exemption débute à compter de la 13^e semaine dans la mesure où l'OPAS prescrit, lors d'une grossesse normale, un contrôle ultrasonographique entre la 11^e et la 14^e semaine de grossesse (cf. art. 13 let. b ch. 1 OPAS). Comme les grossesses ne sont souvent constatées qu'après quelques semaines, cette réglementation empêche que des prestations sur lesquelles l'assureur a déjà prélevé la participation aux coûts ne soient exemptées après coup. Elle s'appuie en outre sur le schéma médical de la grossesse en trois trimestres (de la 1^{ère} à la 13^e semaine, de la 14^e à la 26^e semaine et de la 27^e à la 39^e semaine). Avec cette réglementation, les traitements de complications telles que des avortements spontanés ou des grossesses extra-utérines dans les douze premières semaines ne sont toutefois pas exemptés de la participation aux coûts. Les femmes qui nécessitent des prestations ou des soins en cas de maladie (cf. art. 25 et 25a LAMal) durant les douze premières semaines de grossesse sont donc toujours défavorisées par rapport à celles dont la grossesse suit son cours normalement. Cela se justifie par le fait que le début de la grossesse ne peut être constaté qu'ultérieurement et que l'assureur a peut-être déjà prélevé une participation aux coûts pour des traitements lorsqu'il apprend que l'assurée est enceinte. Une exemption *a posteriori* de la participation aux coûts pour des traitements effectués pendant les douze premières semaines de la grossesse entraînerait une charge administrative disproportionnée (cf. rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats [CSSS-E] du 11 février 2013 relatif à l'initiative parlementaire « *Participation aux coûts en cas de maternité. Egalité de traitement* » in FF 2013 2019, p. 2194). La limite fixée à treize semaines apparaît ainsi raisonnable (cf. Perrenoud, op. cit., p. 635 s.).

bb) De ce qui précède, il résulte que le seuil de treize semaines a été sciemment adopté par le législateur, conscient en particulier qu'en vertu de l'art. 64 al. 7 let. b LAMal les grossesses extra-utérines dans les douze premières semaines ne seraient pas exemptées de la participation aux coûts. Or tel est précisément le cas de la recourante, si bien qu'elle ne peut être exemptée de participation aux coûts conformément à cette disposition.

C'est également en vain que la recourante invoque une inégalité de traitement entre hommes et femmes, respectivement entre les femmes en fonction du stade de la grossesse. Cette distinction est en effet la conséquence inévitable d'une correcte application du droit à la suite de la modification législative intervenue au 1^{er} mars 2014, comme exposé plus haut. Sur ce point, il convient encore de souligner que le principe de la légalité prévaut sur celui de l'égalité de traitement (cf. ATF 139 II 49 consid. 7.1) et que, pour le surplus, le principe d'égalité de traitement est notamment limité par l'obligation pour l'organe judiciaire de respecter les prérogatives qui sont dévolues par la Constitution à l'autorité législative (cf. Etienne Grisel, *Egalité, Les Garanties de la Constitution fédérale* du 18 avril 1999, Berne 2009, n° 92 p. 57), à laquelle le juge ne saurait se substituer.

c) Sur un autre plan, il y a lieu de relever que d'après la Classification internationale des maladies (CIM-10), une grossesse extra-utérine est considérée comme une grossesse se terminant par un avortement (O00 - O08 CIM-10). Or, selon l'art. 30 LAMal, en cas d'interruption de grossesse non punissable au sens de l'art. 119 CP (Code pénal suisse du 21 décembre 1937 ; RS 311.0), l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations que pour la maladie.

Sous cet angle également, c'est donc à juste titre que l'assurance n'a pas exempté la recourante de participation aux coûts liés à la grossesse extra-utérine.

d) A la rigueur du droit et sans remettre en cause l'épreuve par laquelle la recourante est passée du fait de sa grossesse extra-utérine, la Cour de céans ne peut au final que se rallier à la position de l'intimée.

5. a) En conséquence, le recours, manifestement mal fondé au sens de l'art. 82 LPA-VD, doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité et la décision attaquée confirmée.

b) Quant à la requête d'assistance judiciaire, elle doit également être rejetée. En effet, en vertu de l'art. 18 al. 1 LPA-VD, l'assistance judiciaire n'est accordée notamment que pour autant que les prétentions ou les moyens de défense du requérant ne soient pas manifestement mal fondés. Or, au vu des éléments développés ci-dessus, la procédure était clairement dépourvue de chances de succès.

c) Le présent arrêt doit être rendu sans frais ni dépens (cf. art. 61 let. a et g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours déposé le 22 novembre 2017 par Z._____ est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 20 octobre 2017 par O._____-[...] SA est confirmée.
- III.** La requête d'assistance judiciaire est rejetée.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Z. _____,
- O. _____-[...] SA,
- 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).

La greffière :