

FR_GERICHTE 608 2023 127 vom 14. April 2025

FR Kantonsgericht, 2025-04-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2023_127

FR: FR_GERICHTE 608 2023 127 du 14 avril 2025

IT: FR_GERICHTE 608 2023 127 del 14 aprile 2025

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 1

Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable. Il sied de constater, à titre liminaire, que les conclusions constatatoires de la recourante, pour autant que recevables, sont sans objet, dans la mesure où l'autorité intimée a confirmé expressément dans la décision attaquée qu'elle renonçait à exiger le remboursement des prestations déjà payées.

E. 2.1

Aux termes de l'art. 1a LAMal, dite loi régit l'assurance-maladie sociale. Celle-ci comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières (al. 1). L'assurance-maladie sociale alloue des prestations notamment en cas de maladie (al. 2 let. a). Conformément à l'art. 24 LAMal relatif au catalogue des prestations, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34.

E. 2.2

Selon l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Les prestations comprennent notamment les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, des chiropraticiens, des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (art. 25 al. 2 let. a LAMal) et les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien (art. 25 al. 2 let. b LAMal). Les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent de surcroît être efficaces, appropriées et économiques; l'efficacité devant être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal).

E. 2.3

Aux termes de l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. Cette disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal. D'après l'art. 33 al. 3 LAMal, le Conseil fédéral détermine également dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour les compétences susmentionnées (art. 33 al. 5 LAMal en relation avec l'art. 33 let. a et c de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie [OAMal; RS 832.102]), a promulgué l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832.112.31). Conformément à l'art. 1 OPAS, l'annexe 1 à cette ordonnance énumère les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal - dispositions reprenant textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal - dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique ont été examinés par la Commission fédérale des prestations générales et des principes et dont les coûts sont pris en charge, avec ou sans condition, ou ne sont pas pris en charge. Cette annexe ne contient pas une énumération exhaustive des prestations (remarques préliminaires annexe 1 de l'OPAS). Conformément au ch. 3 "Gynécologie, obstétrique" de l'annexe 1 à l'OPAS, le traitement par insémination intra-utérine est à la charge de l'assurance-maladie obligatoire à raison de trois cycles de traitement par grossesse au maximum, depuis le 1er janvier 2001. Les différentes révisions de l'OPAS et de son annexe effectuées depuis lors n'ont apporté aucune modification à cet égard.

E. 3.1

Est réputée maladie, au sens de l'art. 3 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAMal, toute atteinte physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. La notion de maladie suppose, d'une part, une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique dans le sens d'un état physique, psychique ou mental qui s'écarte de la norme et, d'autre part, la nécessité d'un examen ou d'un traitement médical. La notion de maladie est une notion juridique qui ne se recoupe pas nécessairement avec la définition médicale de la maladie. Pour qu'une altération de la santé ou un dysfonctionnement du corps humain soit considéré comme une maladie au sens juridique, il faut qu'ils aient valeur de maladie ("Krankheitswert") ou, en d'autres termes, atteignent une certaine ampleur ou intensité et rendent nécessaires des soins médicaux ou provoquent une incapacité de travail. Un traitement ou un examen médical est nécessaire lorsque l'atteinte à la santé limite à ce point les fonctions physiques ou mentales que le patient a besoin d'un soutien médical

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 ou que le processus de guérison n'est plus possible sans un tel appui ou du moins pas avec de réelles chances de succès, ou encore qu'on ne saurait exiger du patient qu'il vive sans avoir pu essayer au moins un type de traitement. La prise en charge des conséquences d'une maladie suppose également que celles-ci relèvent d'une altération de la santé et puissent ainsi être qualifiées de maladie (arrêt TC VD CASSO/AM 27/16 – 54/2019 du 25 octobre 2019 consid. 3b et les références citées).

E. 3.2

Selon le Tribunal fédéral, les troubles liés à la fertilité, notamment la stérilité, constituent une maladie à laquelle il peut être remédié au moyen d'un traitement par inséminations intra-utérines. Un tel traitement est alors obligatoirement à charge de la caisse-maladie, le but étant l'induction d'une grossesse et la naissance d'un enfant (cf. ATF 121 V 302 consid. 3; 121 V 289 consid. 5 et 6). Il a en revanche précisé que l'état corporel lié au développement naturel de l'être humain n'est pas compris dans cette définition. La diminution de la fertilité due uniquement à l'âge est un phénomène physiologique naturel qui ne constitue pas une maladie. C'est pourquoi les mesures médicales visant l'amélioration de la capacité à procréer en cas de baisse de la fertilité liée exclusivement à l'âge ne constituent pas le traitement d'une maladie, pas plus qu'une dysfonction érectile due à l'âge n'entre dans la définition de la maladie (ATF 142 V 249 consid. 6.1; 129 V 32 consid.4.2.3; arrêt TC VD précité du 25 octobre 2019 consid. 3c; cf. ég. arrêt TF 9C_878/2015 du 11 juillet 2016 consid. 3). La jurisprudence fédérale a également souligné que les troubles de la fertilité dus à l'âge ne peuvent pas être comparés aux maladies liées à l'âge, compte tenu déjà de la cause rendant nécessaire le recours à des prestations médicales. Alors qu'une prise en charge médicale en cas de maladies liées à l'âge est nécessaire en raison d'une atteinte (ou d'un risque d'atteinte) à la santé, à l'inverse, la dispensation de prestations en cas de diminution de la fertilité liée à l'âge découle du désir d'enfant de la personne assurée, et ne trouve donc pas sa cause dans une maladie qui nécessiterait l'octroi de prestations pour traiter une atteinte à la santé ou en éviter la survenance (arrêt TF 9C_800/2019 du 21 octobre 2020 consid. 5.2.2).

E. 4.1

La question de l'âge peut effectivement entrer en ligne de compte dans l'évaluation du caractère efficace d'une prestation, à condition qu'elle repose sur des critères médicaux (ATF 131 V 271 consid. 4 et les références citées). A cette fin, il faut pouvoir se référer à des données médicales largement admises. Une distinction valable relative à l'âge doit se fonder sur un motif d'ordre clinique convaincant qui constituerait une justification objective et raisonnable (ATF 136 I 121 consid. 5.2 et les références citées); il n'appartient pas au juge ou aux caisses-maladies de se livrer à des conjectures à cet égard (ATF 142 V 249 consid. 6.2.1). Toutefois, aucune distinction en fonction de l'âge ne peut être trouvée dans la LAMal ni dans la loi du 18 décembre 1998 sur la procréation médicalement assistée (LPMA; RS 810.11). Dans le cadre de l'adoption de cette loi, le Conseil fédéral avait par ailleurs expliqué que la procréation médicalement assistée (ci-après: PMA) était notamment réservée aux couples qui, en considération de leur âge et de leur situation personnelle, paraissaient être à même d'élever un enfant jusqu'à sa majorité (art. 3 al. 2 let. b du projet). Dans ce cadre, il a précisé que le projet de loi ne contenait pas de limite d'âge déterminée. D'une part, la fixation d'une telle limite aurait renfermé le danger qu'elle soit interprétée comme un droit à bénéficier d'un traitement et que celui-ci soit régulièrement effectué aussi longtemps que le seuil d'âge limite ne serait pas atteint. D'autre part, interdire l'accès à la PMA à une personne pour le motif qu'elle a dépassé d'un jour ou de quelques jours la limite d'âge légale n'était pas satisfaisant. Le Conseil fédéral avait préconisé de donner la préférence à la solution

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 consistant à laisser la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine la tâche de clarifier l'art. 3 al. 2 let. b LPMA dans une directive. Il avait également expliqué que la ménopause fixait par exemple une limite naturelle à la possibilité de procréer mais que dans la mesure où cette limite variait d'une femme à l'autre,

il existait une relativement grande différence entre les âges auxquels les femmes l'atteignaient au sein de la population, créant ainsi une inégalité, ce qui était une raison supplémentaire pour ne pas fixer de limite d'âge (ATF 142 V 249 consid. 6.2.3 et les références citées). Ainsi, s'il est généralement admis qu'au fur et à mesure de l'avancement de l'âge de la femme, les chances de procréer diminuent, aucune limite n'étant prévue par la loi, ce seul critère ne saurait en soi justifier la négation du caractère efficace du traitement contre la stérilité et les troubles de la fertilité. Par ailleurs, il n'appartient pas à la jurisprudence de fixer un âge maximum. Les constatations médicales étant actuellement divergentes quant à l'éventuel moment à partir duquel une femme ne serait plus en mesure de procréer, il s'agit plutôt de procéder à une approche individualisée fondée sur les composantes cliniques propres à chaque patiente (cf. arrêt TC VD précité du 25 octobre 2019 consid. 4c; ATF 142 V 249 consid 6.3 et 6.4). En conclusion, selon la jurisprudence fédérale, le point de savoir si un traitement par insémination intra-utérine est à la charge de l'AOS présuppose de déterminer si les troubles de la fertilité ont valeur de maladie et si le traitement est efficace et approprié. Il s'agit de questions qui doivent être examinées conjointement, en relation notamment avec l'âge de l'assurée (arrêt TF précité 9C_800/2019 consid. 5.1.1).

E. 5

Est en l'espèce litigieuse la question de la prise en charge par l'autorité intimée de différents traitements liés aux problèmes de fertilité rencontrés par la recourante et son conjoint (stimulation mono-folliculaire et insémination intra-utérine du 3 au 23 décembre 2021, stimulation mono-folliculaire et insémination intra-utérine du 18 septembre au 3 octobre 2022, stimulation mono-folliculaire et rapports dirigés du 21 octobre au 14 novembre 2022 et stimulation mono-folliculaire arrêtée le 11 décembre 2022 pour absence de réponse aux stimulations) conformément à la demande du 29 décembre 2022.

E. 5.1

Il faut tout d'abord rappeler que, sur le principe, les problèmes de fertilité, comme la stérilité, sont considérés comme une maladie à laquelle il peut être remédié au moyen d'un traitement par inséminations intra-utérines qui est pris en charge par l'AOS à raison de trois cycles de traitement par grossesse au maximum. Il s'agit donc d'une prestation obligatoire sans autre condition que celle relative au nombre de traitements remboursés par grossesse. Cela étant, si la diminution de la fertilité est due uniquement à l'âge, il n'y a pas de prise en charge, car, dans ce cas, il s'agit d'un phénomène physiologique qui n'est pas une maladie. Aucune limite d'âge n'étant fixée ni par la loi ni par la jurisprudence, étant précisé que le Tribunal fédéral a clairement écarté les recommandations issues du Manuel de la Société suisse des médecins-conseils et médecins d'assurance qui retiennent une limite d'âge de 40 ans (cf. ATF 142 V 249 précité consid. 7.2.1), ce que l'autorité intimée a reconnu dans la décision querellée (cf. décision sur opposition du 27 juillet 2023 consid. 2.12 et 2.13), il s'agit dès lors de procéder à une approche individualisée fondée sur les composantes cliniques propres à la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10

E. 5.2

Dans sa demande de prise en charge du 29 décembre 2022, le Dr C._____ indique que la recourante est suivie dans leur département de procréation médicalement assistée depuis le 28 août 2021. Dans son rapport du 27 janvier 2023, il indique que l'origine de l'infertilité est

mixte: mauvaise réponse folliculaire due à l'âge de la patiente et asthéo-tératospermie chez son conjoint. Il précise qu'elle a bénéficié de trois inséminations intra-utérines depuis le début du traitement mais qu'il n'y a eu aucune grossesse. Il ajoute que les taux de FSH et d'œstradiol étaient respectivement de 7 UI/l et de 103 pmol/l le 6 septembre 2021 conformément aux résultats d'analyses annexées. En ce qui concerne la situation du conjoint de la recourante, le Dr E. _____ pose le diagnostic d'une asthéo-tératozoospermie modérée dans son rapport du 7 février 2022. Ses conclusions sont les suivantes: "Patient présentant une stérilité secondaire de couple avec cliniquement une probable prostatite. Prescription de Bactrim pour 1 mois et également vitamines. Divers conseils lui sont donnés. Anamnesticquement, la situation clinique est sans particularité chez son épouse de 42 ans. Je lui ai proposé de refaire un spermogramme de contrôle d'ici 4-6 mois. Compte tenu de l'âge de son épouse, probablement une PMA doit être réévaluée". Dans son rapport du 7 mars 2022, il indique qu'il suspectait une éventuelle prostatite chronique, raison pour laquelle il a prescrit au patient un traitement d'antibiothérapie pour un mois qu'il a bien suivi. Il mentionne également que l'ultrason n'a pas constaté de varicocèle. Il conclut qu'à son sens, une PMA serait la meilleure approche vu l'âge de l'épouse de son patient. Dans son courrier du 18 décembre 2023, ce spécialiste indique que l'asthéo-tératospermie n'est pas liée à l'âge de son patient qui était âgé de 43 ans au moment des consultations et précise que, dans ses rapports, il n'a pas fait référence à un âge élevé du patient. Il souligne que l'anamnèse et l'examen clinique ont relevé les antécédents et une possible nouvelle prostatite chronique. Il précise que l'oligospermie (anomalie spermatique se caractérisant par une quantité anormalement faible de spermatozoïdes) pouvait suggérer l'existence d'une infection prostatique (prostatite). Il relève enfin que la comparaison entre le spermogramme avant traitement et celui après traitement montre une légère amélioration de plusieurs paramètres tels que la concentration des spermatozoïdes passant de 3,2 à 4,6 moi/ml et les volumes spermatiques s'améliorant de plus de 30%.

E. 5.3

Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans constate qu'il n'est pas contesté que la cause de l'infertilité secondaire de la recourante et de son conjoint est mixte: une mauvaise réponse folliculaire due à l'âge de la recourante et une asthéo-tératospermie chez son conjoint. Dans le cadre de la présente procédure, les parties se sont focalisées sur l'état de santé du conjoint de la recourante semblant ainsi considérer que la situation clinique de cette dernière était établie. Or, force est de constater que tel n'est manifestement pas le cas. En effet, même s'il est vrai que tant le Dr C. _____ que le Dr E. _____ évoquent l'âge de la recourante, ils ne décrivent aucunement les composantes cliniques de cette dernière. Le dossier ne contient qu'un seul résultat d'analyses concernant la recourante, lesquelles avaient été effectuées le 6 septembre 2021, et aucun des médecins n'a tiré de conclusions par rapport à ces résultats. Dans ces conditions, on ne peut pas considérer que la décision querellée repose sur une approche individualisée fondée sur les composantes cliniques propres à la recourante, telle que préconisée par la jurisprudence fédérale. S'agissant de la situation du conjoint, le Dr E. _____ indique certes que la cause de l'asthéo-tératospermie n'est pas liée à l'âge, mais, à l'inverse, il ne rend pas vraisemblable, au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en droit des assurances sociales, que cette problématique est due à une pathologie. En effet, dans son rapport du 7 février 2022, il mentionne une probable

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 prostatite. Dans son rapport du 7 mars 2022, il indique qu'il suspecte une éventuelle prostatite chronique. Enfin, dans son courrier du 18 décembre 2023, il relate une possible nouvelle prostatite chronique et précise que l'oligospermie peut suggérer l'existence d'une infection prostatique. Dans ces circonstances, on doit conclure qu'à défaut d'une évaluation circonstanciée tant en ce qui concerne la recourante que son conjoint, l'instruction médicale apparaît incomplète, de sorte que le dossier ne permet pas de trancher la question litigieuse. La cause doit donc être renvoyée à l'autorité intimée, afin qu'elle procède à une instruction complémentaire en demandant aux médecins de la recourante et de son conjoint de lui fournir l'entier de leur dossier médical respectif dans le but de déterminer plus précisément les causes de leur infertilité sur la base de composantes cliniques détaillées. Il convient enfin de relever que les autres éléments avancés par l'autorité intimée dans la décision querellée ne sont pas suffisamment pertinents pour justifier sa position. En effet, d'une part, le fait qu'il s'agisse d'une infertilité secondaire (le couple étant déjà parents d'un enfant de 12 ans au moment des traitements) ne permet pas de déduire, sans une évaluation circonstanciée des composantes cliniques, qu'il n'y a aucune cause pathologique, au vu notamment des nombreuses années qui se sont écoulées entre cette première grossesse et les traitements en question. D'autre part, le fait que la demande de prise en charge ait été effectuée "à la demande de l'opposante et bien après le début de traitement" ne permet pas de déduire que le Dr C. _____ estimait que le traitement n'était pas à la charge de l'AOS. Au contraire, on doit plutôt relever que le fait que l'autorité intimée ait pris en charge certains traitements pouvait laisser croire à la recourante que la prise en charge était automatique et qu'il n'y avait donc pas besoin de déposer une demande formelle. A cet égard, au vu des décomptes de prestations produits par l'autorité intimée dans son bordereau complémentaire du 28 janvier 2025, il semble que cette dernière a pris en charge les examens médicaux, les analyses de laboratoire et même les inséminations, à l'exclusion des médicaments Gonal et Ovitrelle, qui font pourtant partie intégrante du traitement. Une telle façon de procéder n'est pas cohérente et était de nature à induire en erreur la recourante. Ces éléments peuvent ainsi expliquer pourquoi ce n'est que suite au courriel du 19 décembre 2022 de l'autorité intimée (cf. pièce 18 du bordereau complémentaire de l'autorité intimée), lequel répondait à une question du conjoint de la recourante au sujet de la prise en charge en indiquant que le traitement PMA n'était pris en charge que jusqu'à 40 ans, que la demande de prise en charge a été formellement déposée.

E. 6.1

Au vu de l'ensemble des considérants qui précède, le recours est admis. Partant, la décision querellée est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

E. 6.2

Conformément au principe de la gratuité valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de procédure.

E. 6.3

Le renvoi pour instruction complémentaire valant gain de cause total s'agissant des dépens (cf. ATF 137 V 57; 133 V 450), la recourante a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense. Le 3 mars 2025, le mandataire de la recourante a produit sa liste de frais d'un montant total de CHF 2'334.51, à savoir CHF 2'020.81 au titre d'honoraires (8 heures et 5 minutes au tarif/horaire de CHF 250.-), CHF 145.99 de débours et CHF 167.71 au titre de la

TVA à 7,7 % respectivement 8,1 %

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 dès le 1er janvier 2024. La Cour de céans constate toutefois qu'en plus d'avoir compté les débours au prix coûtant comme le préconise l'art. 9 al. 1 du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12), le mandataire a ajouté un forfait de 5 % de l'indemnité de base à raison de CHF 103.55, ce qui n'est pas justifiable et dont il ne sera pas tenu compte. Au vu de ce qui précède, l'indemnité de partie à laquelle la recourante peut prétendre pour ses frais de défense est fixée à CHF 2'020.85 d'honoraires, soit, comme demandé, 8 heures et 5 minutes indemnisées au tarif horaire de CHF 250.-, plus CHF 42.44 (145.99 – 103.55), arrondis à CHF 42.45 de débours, ainsi que CHF 149.- au titre de la TVA à 7,7 % et CHF 10.40 au titre de la TVA à 8.1 %, soit à un total de CHF 2'222.70. Conformément à l'art. 141 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), elle est mise intégralement à la charge de l'autorité intimée qui succombe (al. 1) et est due directement au mandataire de la recourante (al. 2). (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête : I. Le recours est admis, dans la mesure où il n'est pas sans objet. Partant, la décision querellée est annulée et la cause est renvoyée à CSS Assurance-maladie SA pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure. III. L'indemnité de partie allouée à A. _____ pour ses frais de défense est fixée à CHF 2'020.85 d'honoraires, plus CHF 42.45 de débours et CHF 159.40 au titre de la TVA à 7,7 % respectivement 8,1 %, soit à un total de CHF 2'222.70, à verser en main de son mandataire, et mise intégralement à la charge de CSS Assurance-maladie SA. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 14 avril 2025/meg La Présidente La Greffière-rapporteure

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.