

GE_GERICHTE A/2339/2013 vom 19. Juni 2014

GE Cour de justice, 2014-06-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2339_2013

FR: GE_GERICHTE A/2339/2013 du 19 juin 2014

IT: GE_GERICHTE A/2339/2013 del 19 giugno 2014

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à AÏRE recourante contre HELSANA ASSURANCES SA, Droit des assurances Romandie, avenue de Provence 15, LAUSANNE intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1971, est assurée auprès de Helsana assurances SA (ci-après : l'assureur) depuis le 1^{er} mai 2012 s'agissant de l'assurance obligatoire des soins. 2. La Dresse B_____ a établi une facture pour un traitement de la stérilité entrepris le 2 mai 2012. 3. Le 16 octobre 2012, il a décrit le traitement en question. 4. Le 8 novembre 2012, le médecin-conseil de l'assurance s'est prononcé contre la prise en charge de ce traitement. 5. Le 12 novembre 2012, l'assurance a donc adressé au médecin de l'assurée un courrier aux termes duquel elle a refusé la prise en charge du traitement. 6. Par courrier du 16 octobre 2012, la Dresse B_____ a contesté cette position en expliquant que sa patiente, malgré son âge, bénéficiait de meilleures probabilités de grossesse : elle avait bénéficié d'un bilan d'infertilité complet, qui avait mis en évidence une excellente réserve ovarienne, « avec une FSH à 4,5, un estradiol à 26 et une AMH à 18,5 ». Un cycle ovulatoire avait par ailleurs été mis en évidence. Un bilan chirurgical complémentaire avait été effectué, suite auquel il avait été décidé d'entreprendre une stimulation parce que tous les éléments étiologiques de l'infertilité avaient été corrigés. Le premier cycle de stimulation avait été entrepris en mai 2012 dans le but d'effectuer un test fonctionnel des ovaires dont la réponse avait été excellente. En conclusion, le médecin soulignait que la réserve ovarienne, malgré l'âge de sa patiente, était tout à fait conservée. 7. Par décision du 16 mai 2013, l'assurance a refusé la prise en charge des traitements de stérilité suivis par l'assurée motif pris que la stérilité ne pouvait être considérée comme une maladie mais devait être comprise comme un processus physiologique normal à partir de 40 ans. 8. Cette décision a été confirmée sur opposition le 9 juillet 2013. 9. L'assurance a rappelé que la maladie est une notion juridique, qui ne se confond pas forcément avec la définition qu'en donne la science médicale. S'agissant plus particulièrement de la fertilité chez la femme, l'assurance s'est référée aux études scientifiques démontrant que le taux de fertilité baisse considérablement à partir de 40 ans et qu'il s'agit là d'un processus naturel de vieillissement, sans atteinte anormale à la santé. Elle en a tiré la conclusion que les traitements et examens de stérilité chez une femme de plus de 40 ans n'étaient pas à prendre en charge par l'assurance obligatoire des soins puisque, selon les analyses de la Société suisse des médecins-conseils et médecins d'assurance (SSMC), les critères d'efficacité et d'économicité ne sont plus remplis et qu'une absence de grossesse chez une femme de plus de 40 ans n'est pas considérée comme une maladie. 9. Par écriture du 13 juillet 2013, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. La recourante explique avoir été l'objet de deux inséminations artificielles, la première entre le 2 et le 14 mai 2012

(facture du 16 mai 2012, pour un montant de CHF 1'031.90), la seconde entre le 31 juillet et le 29 août 2012 (facture du 5 septembre 2012, pour un montant de CHF 872,70). Elle se réfère à l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, laquelle mentionne que trois cycles de traitement d'insémination artificielle par grossesse sont remboursés par l'assurance obligatoire, ordonnance dont elle fait remarquer qu'elle ne mentionne nulle part un âge limite. S'agissant plus particulièrement de son cas, la recourante souligne que son médecin n'a observé aucune baisse de la réserve ovarienne signant une baisse de sa fertilité.

10. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 2 août 2013, a conclu au rejet du recours.!

11. Par écriture du 23 août 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions, en informant par ailleurs la Cour de céans de sa grossesse. ! Elle produit à l'appui de sa position un bref rapport rédigé le 19 août 2013 par son gynécologue, la Dresse C_____, attestant que les examens ont montré une fonction ovarienne normale, que l'assurée est désormais enceinte et que sa grossesse évolue normalement, le terme étant prévu pour le 27 janvier 2014.

12. Par écriture du 30 septembre 2013, l'intimée a fait de même, expliquant que si son médecin-conseil, le Dr D_____, avait effectivement, dans un premier temps, admis la prise en charge du traitement, il l'avait par la suite refusée dans son avis définitif. Quant au fait que la recourante soit enceinte, l'intimée soutient qu'il ne modifie pas l'analyse préalable à l'octroi de prestations puisque celle-ci ne peut être réalisée a posteriori.!

A son écriture, l'intimée a joint un courrier de son médecin-conseil, le Dr E_____, lequel y exprime l'avis que l'infertilité physiologique remonte à l'âge de 40 ans, que la possibilité de conception diminue avec l'avancement en âge de la femme, que les possibilités de fécondation déclinent dès l'âge de 40 ans, et enfin, que malgré une bonne réserve ovarienne attestée par le gynécologue, on ne peut exclure des changements dans la qualité des ovocytes, la fréquence et l'efficacité de l'évolution, la santé de la matrice et les risques de complications secondaires de la grossesse. Malgré un dépistage normal de la fonction ovarienne, la possibilité de fécondation diminue largement, sans que les causes soient connues avec exactitude.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10).!

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable.!

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). !

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge par l'intimée des frais médicaux liés aux inséminations artificielles qu'elle a subies en 2012.!

5. 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 (art. 24 LAMal). A ce titre, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 (art. 34 al. 1 LAMal).!

6. 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. !

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 lit. a et c OAMal), a promulgué l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (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 - qui ont été examinées par la Commission des prestations générales de l'assurance-maladie et dont l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge. 7. Au ch. 3 "Gynécologie, obstétrique" de l'annexe 1 à l'OPAS, la prise en charge d'une fécondation in vitro et transfert d'embryon (FIVETE) est expressément exclue de l'assurance-maladie obligatoire, selon décisions des 28 août 1986 et 1er avril 1994. La révision de l'OPAS et de son annexe, d'après l'ordonnance du DFI du 12 juin 2012, en vigueur depuis le 1er juillet 2012 (RO 2012 3553), n'a - comme les précédentes nouvelles - apporté aucune modification à cet égard. En revanche, il est prévu que les inséminations intra-utérines (au maximum trois cycles de traitement par grossesse) soient prises en charge. 8. L'intimée refuse néanmoins la prise en charge des deux inséminations artificielles de la recourante motif pris de l'âge de cette dernière au moment des dites inséminations (40 ans passés). L'intimée fonde son argumentation sur le fait que les troubles de la stérilité ne constituent pas une maladie, que l'insémination artificielle ne saurait dès lors être assimilée à un traitement et que les troubles de la stérilité dus à l'âge sont un processus naturel et non pathologique. 9. L'intimée entend par là que chez les femmes de plus de 40 ans, les critères de l'économicité et de l'efficacité ne seraient plus réalisés. En premier lieu, on relèvera que, contrairement à ce que soutient l'intimée, le Tribunal fédéral a jugé, dans un arrêt de principe rendu le 2 février 1987 (ATF 113 V 42 ; cf. également ATF 125 V 21 ss consid. 3a) que la stérilité et les troubles de la fertilité constituent bel et bien une atteinte à la santé ayant valeur de maladie au sens juridique du terme. Il a ajouté que, par traitement médical de la maladie obligatoirement à la charge des caisses-maladie, il faut entendre, notamment, toute mesure diagnostique ou thérapeutique, reconnue scientifiquement, qui est appliquée par un médecin. La mesure doit en outre être appropriée à son but et économique. Ainsi, les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques; l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal). A cet égard, comme rappelé supra, le Conseil fédéral s'est vu octroyer la possibilité de désigner les prestations dont les coûts ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. L'art. 33 al. 1 LAMal 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. Il incombe ainsi au Conseil fédéral de dresser une liste «négative» des prestations qui ne répondraient pas à ces critères ou qui n'y répondraient que partiellement ou sous condition. Selon 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. A l'art. 33 OAMal et comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué les compétences susmentionnées au Département fédéral de l'intérieur (DFI) qui en a fait usage en promulguant l'OPAS, ordonnance qui détermine notamment les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal -

dispositions qui reprennent textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal - dont l'assurance-maladie obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge (art. 1 OPAS). La réglementation de la LAMal repose ainsi sur le principe de la liste. Ayant pour but de fixer précisément le catalogue légal des prestations, le principe de la liste découle d'un système voulu par le législateur, selon l'art. 34 LAMal, comme complet et contraignant dès lors qu'il s'agit d'une assurance obligatoire financée en principe par des primes égales (art. 76 LAMal). En dehors des listes, il n'y a pas d'obligation de prise en charge par la caisse-maladie (cf. sur la portée du système légal des listes ATF 129 V 167 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral K 63/04 du 13 septembre 2004, consid. 2). Force est de constater que l'insémination artificielle est une méthode thérapeutique reconnue scientifiquement, puisqu'elle figure expressément dans l'OPAS, au nombre des traitements pris en charge. Qui plus est, on relèvera, ainsi que le fait à juste titre la recourante, que l'ordonnance ne fixe aucune condition liée à l'âge pour la prise en charge par l'assurance-obligatoire. A aucun moment, le législateur n'a prévu que les conditions d'économicité et d'efficacité ne seraient plus remplies à partir d'un âge donné. L'intimée, en posant un critère supplémentaire relatif à l'âge de son assurée, pose unilatéralement une condition supplémentaire, ne figurant pas dans l'ordonnance. Qui plus est, s'agissant de la recourante, l'efficacité et l'économicité du traitement ne sauraient être remises en question au vu du pronostic posé par le gynécologue de la recourante, en particulier du fait qu'aucune baisse de la réserve ovarienne qui signerait une baisse de sa fertilité n'avait été observée, qu'un cycle ovulatoire avait été mis en évidence et que la réponse au test fonctionnel des ovaires était excellente. A cet égard, on rappellera qu'une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b) ; quant au critère de l'économicité, il concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement 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). Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :**

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