

GE_GERICHTE A/3359/2013 vom 3. März 2014

GE Cour de justice, 2014-03-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3359_2013

FR: GE_GERICHTE A/3359/2013 du 3 mars 2014

IT: GE_GERICHTE A/3359/2013 del 3 marzo 2014

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE; PRESTATION D'ASSURANCE(AM); STÉRILITÉ; INSÉMINATION ARTIFICIELLE(ÊTRE HUMAIN); COMPLEXE THÉRAPEUTIQUE ; PROTECTION DES DONNÉES | OPAS.1

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame S_____, domiciliée à CHÊNE-BOURG, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GIARDINA Sara recourante contre MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, Service juridique, sise Rue des Cèdres 5, MARTIGNY et HELSANA ASSURANCES SA, Service juridique, LAUSANNE intimée appelée en cause EN FAIT 1. Madame S_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1973, est assurée pour l'assurance-maladie obligatoire des soins auprès de MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA (ci-après l'assurance ou l'intimée). 2. Dans ce cadre, l'assurée a adressé à son assurance deux factures de l'INSTITUT MEDICO-CHIRURGICAL de X_____ (ci-après l'institut) concernant le traitement du 28 août au 25 septembre 2012, et celui du 27 septembre 2012, prodigués par le Dr T_____, spécialiste en gynécologie et obstétrique. Il ressort de ces factures que l'assurée a fait l'objet de deux inséminations intra-utérines les 2 et 27 septembre 2012. 3. Les 14 et 28 septembre 2013, le LABORATOIRE DE FECONDATION IN VITRO ET D'ANDROLOGIE (ci-après le laboratoire) a émis des factures au nom de Monsieur U_____ (ci-après le compagnon de l'assurée), pour les prestations suivantes, demandées par le Dr T_____ et effectuées les 2 et 27 septembre 2012 : Percoll test (code 1762.00) et numération et différenciation de cellules (1766.00). 4. Le compagnon de l'assurée a adressé ces factures pour remboursement à son assurance-maladie, HELSANA ASSURANCES SA (ci-après HELSANA), qui les lui a renvoyées le 2 novembre 2012, en précisant que les prestations facturées étaient à la charge de l'assurance de l'assurée. 5. Le 10 décembre 2012, l'assurance de l'assurée a accusé réception de la facture de l'institut concernant le traitement du 28 août au 25 septembre 2012. Elle a attiré l'attention de l'assurée sur le fait que les médicaments liés à une stimulation hormonale étaient limités à une année de prise en charge et que seuls trois cycles de traitement par grossesse étaient remboursés dans le cadre des inséminations artificielles homologues. Les éventuels traitements ultérieurs tels que les analyses, ultrasons, médicaments, etc., liés à un cycle supplémentaire d'insémination ne seraient pas pris en charge. 6. Le 21 janvier 2013, l'assurée a fait parvenir à son assurance, suite à une conversation téléphonique intervenue en décembre 2012 avec une collaboratrice de cette dernière, les factures du laboratoire des 14 et 28 septembre 2012, liés aux inséminations artificielles auxquelles elle-même et son compagnon avaient eu recours. L'assurance de son compagnon lui avait

renvoyé les factures du laboratoire, lui faisant savoir que les coûts y relatifs devaient être pris en charge par son assurance. 7. Le 11 février 2013, l'assurance a informé l'assurée qu'il lui était impossible d'enregistrer les factures du laboratoire des 14 et 28 septembre 2012, dans la mesure où elles avaient été établies au nom de son compagnon. Afin de pouvoir procéder au remboursement, elle la priait de bien vouloir informer le laboratoire de cette erreur de facturation, ces frais devant lui être directement facturés. 8. Le 27 février 2013, le laboratoire a renvoyé les factures litigieuses, libellées au nom de l'assurée et son compagnon, en indiquant qu'elles annulaient et remplaçaient celles libellées au seul nom de l'assurée. 9. Le 18 avril 2013, l'assurance a écrit au compagnon de l'assurée pour l'informer que les informations qui figuraient sur les factures étaient insuffisantes et ne lui permettaient pas de l'identifier parmi ses assurés. 10. Le 19 avril 2013, l'assurance a adressé un second courrier identique au compagnon de l'assurée. 11. Le 6 mai 2013, l'assurée a souligné le fait que l'assurance, soit une de ses collaboratrices, Madame V _____, lui avait confirmé en décembre 2012 que les frais de préparation de sperme étaient bien à la charge de l'assurance de l'assurée et non de celle de son compagnon. Elle avait convenu avec elle qu'elle lui adresserait un courrier rappelant les faits, accompagné des factures de son compagnon pour remboursement. Or, lorsqu'elle avait procédé comme convenu, l'assurance lui avait demandé de contacter le laboratoire, pour qu'il modifie le libellé des factures, ce qu'elle avait fait. C'était la première fois que le laboratoire recevait une demande de ce genre. Malgré la modification effectuée, l'assurance persistait à refuser de rembourser les frais y afférents. L'assurée a donc mis en demeure son assurance d'effectuer le remboursement d'ici au 27 mai 2013, faute de quoi elle ferait parvenir un dossier complet à sa protection juridique. 12. Le 29 mai 2013, l'assurance de l'assurée a informé celle-ci que les investigations effectuées sur son compagnon ne faisaient pas partie des prestations à sa charge. Par conséquent, il ne lui appartenait pas de couvrir ses frais de traitement. Seules les prestations dispensées à son attention entraient dans le cadre des traitements pris en charge par le biais de son assurance obligatoire des soins. Or, les analyses litigieuses avaient été effectuées par le compagnon de l'assurée sur demande du gynécologue de celle-ci. 13. Par courrier du 3 juin 2013, l'assurée a souligné qu'elle n'avait nullement remis en question la restriction de la prise en charge des inséminations artificielles à trois cycles de traitement par grossesse. Toutefois, l'assurance semblait ne pas avoir vu les mots « préparation du sperme de mon compagnon » utilisés par l'assurée dans son courrier du 6 mai 2013. Le déroulement d'une insémination artificielle était le suivant. Après un suivi du cycle hormonal de la femme, juste après l'ovulation, rendez-vous était pris dans un laboratoire d'andrologie et de fécondation in vitro. L'homme y donnait son sperme qui devait être « préparé » en vue de l'insémination, ce qui signifiait que le médecin spécialiste sélectionnait les spermatozoïdes les plus aptes à féconder l'ovule (code OPAS 1762.00 des factures) et les dopait aux vitamines (code OPAS 1766.00 des factures). A l'issue de cette préparation qui durait une quarantaine de minutes, la femme devait se rendre chez le gynécologue dans les deux heures qui suivaient afin que ce dernier introduise le sperme préparé dans son utérus, dans l'espoir que cette opération favorise l'avènement d'une grossesse. Ainsi, contrairement à ce qui était affirmé par l'assurance, il ne s'agissait ni d'investigations, ni d'analyses effectuées par son compagnon sur demande de son gynécologue, mais bel et bien de préparation de sperme indispensable à la réalisation d'une insémination artificielle. Les dates des inséminations correspondaient d'ailleurs aux dates de préparation de sperme. La LAMAL était claire, la prise en charge des inséminations artificielles était garantie dans sa totalité et était à la charge de l'assurance de la femme,

vérification faite auprès de plusieurs gynécologues et d'autres assurances-maladie. Cela impliquait, pour l'assurance, l'obligation de prendre en charge les frais de préparation de sperme de son compagnon. Dans la mesure où le délai de trois semaines qu'elle avait accordé à l'assurance dans son courrier précédent était échu, elle avait transmis son dossier à sa protection juridique qui avait contacté l'assurance, soit une de ses collaboratrice, Madame A_____. Il avait été convenu avec cette dernière que l'assurée enverrait à nouveau les factures litigieuses pour remboursement avec son nom surligné et son numéro d'assurée, afin qu'elle puisse les transmettre au service compétent. 14. Par décision du 17 juin 2013, l'assurance a refusé la prise en charge des factures litigieuses, au motif que la préparation du sperme du compagnon de l'assurée n'entrait pas dans le cadre des prestations prises en charge par l'assurance-maladie de la femme, selon la jurisprudence. Cette dernière invitait donc l'assurée à les adresser à l'assurance-maladie de son compagnon. 15. Le 16 août 2013, l'assurée, sous la plume de son avocat, a fait opposition à cette décision. Elle a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et au remboursement des frais liés à l'insémination artificielle, y compris les factures du laboratoire pour un montant de 342 fr. Elle a souligné que la préparation des spermatozoïdes était une condition sine qua non de l'insémination artificielle pour permettre son optimisation et répondre ainsi aux exigences d'efficacité du traitement. Elle faisait partie du complexe thérapeutique de l'insémination artificielle et c'était la prestation dans son ensemble qui devait être prise en charge. Le Percoll test (codes 1762.00 et 1766.00) permettait justement de préparer les spermatozoïdes par capacitation. L'insémination, y compris la capacitation des spermatozoïdes, était une prestation qui servait à traiter l'infertilité qui était une maladie. C'était l'assuré qui suivait le traitement qui devait être couverte pour les coûts y relatifs. Dans le cas particulier, c'était l'assurée qui était traitée contre l'infertilité par insémination artificielle. Le spermogramme de son compagnon n'ayant révélé aucune pathologie, la préparation du sperme demandée par le gynécologue de l'assurée était une prestation liée à l'insémination artificielle (complexe thérapeutique). Refuser de payer une partie de ce traitement violait les obligations légales de couverture par l'assurance de base, et allait à l'encontre du principe-même d'efficacité et d'économicité de la mesure. 16. Par décision du 16 septembre 2013, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assurée et a confirmé la décision du 17 juin 2013. Elle a indiqué que selon la jurisprudence, les prestations prises en charge en relation avec une insémination artificielle étaient la thérapie hormonale, les contrôles et l'insémination artificielle. Ces frais étaient toutefois soumis aux participations légales (franchise et/ou quote-part). Le test Percoll (soit le test de séparation des spermatozoïdes) était utilisé chez l'homme lors d'un bilan de stérilité ou avant toute technique d'assistance médicale à la procréation. La facture y relative était donc adressée à l'homme et devrait, pour ce motif déjà, être prise en charge par son assureur. De plus, et dans la mesure où aucun diagnostic ne figurait sur cette même facture, il était tout à fait justifié de l'adresser et la mettre à charge de l'assureur de l'homme. Au niveau de la praticabilité et de la protection des données, cette solution était nettement plus cohérente. En effet, si, comme le soutenait l'assurée, la facture devait être prise en charge par l'assurance de la femme, cette dernière devrait à chaque fois procéder à des investigations supplémentaires. En ce qui concernait l'argument du complexe thérapeutique, il était, dans ce cas, dénué de tout fondement, puisque ce n'était pas la question de la prise en charge par l'assurance de base qui était litigieuse, mais celle de savoir quel assureur devait prendre en charge la facture relative à l'analyse. 17. L'assurée a formé recours contre cette décision le 18 octobre 2013, concluant à son annulation et à celle du 17 juin 2013, et à ce qu'il soit

dit que l'assurance devait prendre en charge les frais liés aux factures du laboratoire des 14 et 28 septembre 2012. Elle a rappelé les arguments déjà invoqués auprès de l'assurance et a ajouté que de l'avis de plusieurs organismes, la préparation du sperme pour l'insémination intra-utérine devait être mise à la charge de l'assureur maladie de la femme. Elle a produit, dans ce cadre, un courrier de l'Ombudsman de l'assurance-maladie (ci-après l'Ombudsman) du 15 octobre 2013, ainsi qu'un courrier de l'Ordre des gynécologues et obstétriciens (ci-après l'Ordre) de Genève du 17 octobre 2013. L'Ombudsman avait ainsi indiqué : « Le tarif ambulatoire officiel (TARMED) verse les positions tarifaires que vous avez mentionnées (22.2520 et 22.2660) dans le chapitre de la gynécologie et obstétrique. Ce sont donc des positions facturées à l'assurance de la femme. Sinon elles auraient dû être comprises dans le chapitre 21 « diagnostic et traitement des reins et des voies urinaires, ainsi que des organes génitaux masculins » pour pouvoir être prises en charge par l'assurance de l'homme. » Par ailleurs, les Drs B_____ et C_____, tous deux spécialistes FMH en gynécologie et obstétrique et membre, respectivement, président, du comité de l'Ordre, ont souligné qu'à leur connaissance, c'était la première fois qu'une assurance refusait cette prise en charge dans un cas qui incombe à la LAMAL. Ils ont ajouté : « Explication : le couple présente une infertilité primaire, la patiente est âgée de moins de 40 ans et son conjoint a un spermogramme normal. Selon une prise de position de SantéSuisse du 28.6.2013, cette prestation est à la charge de l'assurance de la femme ». La recourante a également indiqué que selon l'approche de la jurisprudence et de SantéSuisse, l'assureur de la femme pouvait refuser de couvrir le traitement par insémination intra-utérine si la cause de l'infécondité relevait d'une pathologie masculine. Or, le spermogramme de son compagnon s'était révélé normal, ce que l'intimée savait - pour en avoir été avertie dans l'opposition formée par la recourante - et aurait pu savoir par le biais de son médecin-conseil. Ainsi, le Percoll-test et la centrifugation avaient simplement eu pour but d'augmenter l'efficacité du traitement par insémination intra-utérine et constituaient une condition sine qua non pour la pratique de l'insémination. 18. L'intimée a répondu le 6 décembre 2013, concluant au rejet du recours. Elle a indiqué que la loi ne clarifiait pas la question de la prise en charge du Percoll test effectué sur l'homme dans le cadre d'une insémination artificielle. L'insémination consistait en l'introduction, à l'aide d'instruments, de spermatozoïdes dans les voies génitales de la femme. Selon le TARMED, cet acte comprenait uniquement « la voie d'abord, puis la pose d'un adaptateur du col ainsi que d'une cape cervicale ». Le TARMED ne précisait pas que cette position fût liée à d'autres actes. Ainsi, l'acte concret d'insémination était clair et n'incluait aucun diagnostic de stérilité ni tout autre acte pratiqué sur la femme (ou sur l'homme) avant l'insémination. Toute autre mesure, qu'elle soit ou non prérequis à une insémination, ne saurait être incluse dans la facturation globale de l'insémination artificielle, mais devait être facturée de manière séparée, selon une tarification propre à chaque acte, et tel était le cas du Percoll test. En conséquence, dans la mesure où chaque acte était lié à une tarification propre, où l'insémination en tant que telle ne regroupait pas un ensemble d'actes et où il n'existait pas de « forfait d'insémination », il n'était pas possible de facturer à charge de l'assureur-maladie de la femme des actes effectués sur un autre patient. L'intimée a également souligné que la volonté du législateur était clairement celle de limiter la prise en charge de coûts liés à la procréation médicalement assistée, et qu'il n'était donc pas envisageable de lier des prestations effectuées sur l'homme avec une insémination artificielle à charge de l'assureur-maladie de la femme. Par ailleurs, le test de séparation des spermatozoïdes (Percoll test) était la technique utilisée lors du bilan de stérilité chez

l'homme. Il permettait d'évaluer les chances de grossesses spontanées ou de choisir la technique d'assistance médicale à proposer (insémination intra-utérine, fécondation in vitro). Le Percoll test n'était donc pas un acte spécifique à l'insémination artificielle puisqu'il pouvait tout aussi bien être ordonné sans lien avec une insémination artificielle (détection d'une stérilité par ex.) ou en lien avec des prestations qui n'étaient pas à charge de la LAMal (fécondation in vitro et transfert FIVETE par exemple). Si le Percoll test devait être mis à charge de l'assurance-maladie de la femme lorsqu'il s'inscrivait dans le cadre d'une insémination artificielle, cela poserait de graves problèmes de protection des données, la facture du Percoll test étant remise à l'homme sans qu'aucun diagnostic n'y figure. Il reviendrait alors à l'assureur-maladie de la femme, par le biais de son médecin-conseil, de s'enquérir auprès du gynécologue de son assurée de la réalité d'une insémination artificielle et de demander, au laboratoire qui avait effectué le test, des informations s'agissant du résultat dudit test. Or, ni l'assureur, ni le médecin-conseil n'étaient autorisés à demander la transmission de données sensibles pour des tiers non assurés. Si, bien qu'illégale, une telle procédure devait être mise en place, cela requerrait de l'assureur des coûts supplémentaires et une perte de temps et d'efficacité considérable. En effet, avant de pouvoir prendre en charge le Percoll test, l'assureur-maladie de la femme devrait encore soumettre le dossier au médecin-traitant de celle-ci afin de vérifier que ce test s'inscrive bien dans le cadre d'une insémination artificielle, et lui demander des rapports médicaux avant de pouvoir statuer sur une éventuelle prise en charge. En cas de détection de stérilité ou autres problèmes, des rapports devraient également être demandés au médecin traitant de l'homme. L'assureur devrait aussi attendre de recevoir la facture de l'insémination artificielle de la femme avant toute prise en charge du Percoll test, ce qui reporterait d'autant la prise en charge de ce dernier. 19. Par ordonnance du 12 décembre 2013, la Cour de céans, jugeant que la situation juridique d'HELSANA ASSURANCES SA (ci-après l'appelée en cause), assureur-maladie du compagnon de la recourante, pourrait être affectée par l'issue de la présente procédure, a appelé en cause cette dernière. 20. L'appelée en cause s'est déterminée le 13 janvier 2014. Elle a conclu à l'admission du recours, respectivement, à ce que l'intimée soit condamnée à la prise en charge des deux Percoll-tests. Elle a indiqué qu'elle contestait formellement que sa situation juridique pût être affectée par l'issue de la procédure. En effet, si le recours devait être rejeté, cela ne signifierait pas pour autant que les deux Percoll-test dussent automatiquement être à sa charge, puisqu'afin de pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance obligatoire des soins, l'assuré devait en principe être malade. La stérilité et les troubles de la fertilité constituaient certes une atteinte à la santé qui avait, en principe, la valeur d'une maladie. Toutefois, au vu du dossier, le spermogramme du compagnon de l'assuré était normal, aucune mesure à but diagnostique ne devait être prise, et la suite de la préparation du sperme en vue de l'insémination ne semblait pas pouvoir à première vue être qualifiée de phénomène pathologique. Ainsi, même en cas de rejet du recours, les conditions de prise en charge devraient tout de même être vérifiées par ses soins. Par ailleurs, l'extension du litige à la condamnation de HELSANA n'était pas possible. S'agissant du fond du litige, elle ne pouvait que soutenir l'argumentation développée par la recourante. En effet, conformément à ce qui avait été indiqué par l'Ombudsman, les positions tarifaires TARMED 22.2520 et 22.2660 étaient à la charge de l'assureur de la femme et comprenaient l'insémination intra-utérine, dont le Percoll-test faisait partie. Le chapitre 22 portait sur le traitement des organes génitaux féminins. Si ce test devait être à charge de l'assureur de l'homme, il aurait fallu que ces tests se trouvassent dans le chapitre 21, traitement des organes génitaux

masculins. En effet, si le sperme de l'homme se révélait être dans les normes, soit non-pathologique, alors il était évident que la suite de la procédure était à la charge de l'assureur de la femme. Deuxièmement, en accord avec les indications de SantéSuisse, citées par la recourante, en cas de spermogramme normal, la préparation ultérieure de l'insémination devait s'effectuer à charge de l'assureur de la femme. Troisièmement, s'agissant des arguments relatifs à la protection des données avancés par l'intimée, l'inverse serait également problématique puisque l'assureur de l'homme devrait aussi examiner si le problème de fécondité revenait à l'homme ou à la femme, puisqu'en cas de spermogramme non pathologique, il n'y aurait pas de notion de maladie pour le cas de l'homme. Enfin, par application analogique de la notion de « complexe thérapeutique », on parvenait à la conclusion que certains examens étaient si intimement liés à l'insémination ou au traitement de la stérilité de la femme, qu'il existait un rapport de connexité qualifiée, selon lequel l'insémination ne pouvait avoir lieu sans le Percoll-test, lequel était par conséquent à la charge de l'assureur de la femme. 21. Le 16 janvier 2014, le laboratoire, sous la plume du Dr D_____, a indiqué que ce dernier avait effectué des préparations de sperme, pour le compagnon de la recourante, en vue des inséminations artificielles intervenues les 2 et 27 septembre 2012, à la demande du Dr T_____. 22. Par courrier du 21 janvier 2014, le Dr T_____ a mentionné qu'il suivait la recourante depuis 2004. Il l'avait vue en 2012, date à laquelle il avait été amené, dans le cadre d'un désir de grossesse, à effectuer un spermogramme. Bien que ce dernier montrât une très légère tératospermie (la norme étant un résultat supérieur à trois, alors que le résultat du spermogramme du compagnon de la recourante était de trois), il avait considéré que ce même résultat était à la limite inférieure de la norme. En effet, il y avait une très bonne mobilité des spermatozoïdes, et plus de 3,7 millions de spermatozoïdes normaux. Les valeurs étaient ainsi de trois fois supérieures à la norme s'agissant du nombre de spermatozoïdes, de leur mobilité, ce qui compensait largement la faible tératospermie, et remplaçait l'interprétation du spermogramme dans la norme, et même au-delà, par rapport à ce qu'il voyait d'habitude dans ce contexte. Au vu de toute l'anamnèse du couple, il avait jugé que cette analyse était un facteur, dans la stérilité, moins important que l'âge de la recourante (trente-huit ans) et un début de polype intra-utérin (qui avait été opéré par la suite en 2013 parce qu'il avait grandi). Il n'avait pas insisté, ni refait de spermogramme, jugeant celui-ci suffisant pour effectuer des tentatives d'insémination. D'ailleurs, les résultats pré et post préparation pour insémination étaient très bons, avec plus de quarante-huit millions de spermatozoïdes par millilitre, ayant une mobilité de plus de 70% et une progression de degré quatre (le maximum). Pour ces raisons, il considérait que le spermogramme était dans les normes acceptables, et que le sperme pouvait donner une grossesse sans assistance. Les valeurs retenues par le spermogramme étaient notamment les suivantes : Volume (ml) 3.2 (norme : >1.5) Concentration (mio/ml) 41 (norme : >15) Nombre total de spermatozoïdes (moi/éjaculat) 131 (norme : >39) Mobilité progressive (%) 52 (norme : >32) Mobilité totale (%) 56 (norme : >40) 23. Le 10 février 2014, l'intimée a relevé que le rapport du Dr T_____ avait été produit en cours de procédure, alors qu'un refus de prestations avait déjà été rendu par l'assureur et qu'il n'avait été établi que pour les besoins de la cause. Sa force probante avait été réduite d'autant. La transmission de ce rapport démontrait en outre clairement que des problèmes importants liés à la protection des données se posaient si l'assureur-maladie de la femme devait à l'avenir exiger des rapports médicaux pour une personne non assurée auprès de lui. Non seulement cet assureur n'était pas habilité à traiter des données médicales qui ne concernaient pas ses propres assurés, mais encore, ces rapports contenaient des données

particulièrement sensibles. Cela était d'ailleurs confirmé par le courrier de l'appelée en cause. En effet, il n'était plus seulement question de se déterminer sur la prise en charge d'une facture, qui comportait le moins possible de données sensibles. Un rapport médical devait être établi par le laboratoire et le médecin pour chaque Percoll test, puisqu'il s'agissait de déterminer si les résultats du test démontraient une « anomalie » afin de voir quel assureur était compétent. Les assurés risquaient de devoir subir une suspension de prise en charge et de longues procédures lorsque les médecins-conseils des deux assureurs concernés n'aboutissaient pas aux mêmes interprétations et conclusions s'agissant de la notion de maladie par rapport au résultat du test, comme dans le cas d'espèce. Il y avait d'ailleurs fort à parier que le laboratoire refuserait de transmettre des informations à un assureur non concerné. L'intimée se demandait également comment intégrer des factures au dossier de la recourante, voire les prendre en charge, alors qu'elles ne portaient pas son numéro d'assurée, ni même son nom. Par ailleurs, quand bien même elle serait compétente dans le cas d'espèce, d'après l'OMS, la qualité du sperme était jugée bonne lorsqu'un minimum de 4% de tous les spermatozoïdes était considéré comme normal sur le plan morphologique. Or, en l'espèce, selon le spermogramme du compagnon de la recourante, le résultat s'élevait à 3%. Le Dr T_____ parlait d'ailleurs lui-même d'« anomalie », appelée tératospermie. Enfin, l'intimé a réitéré ses arguments s'agissant de l'argument du complexe thérapeutique.

24. Le même jour, l'appelée en cause a indiqué que les deux avis médicaux confirmaient que le spermogramme de son assuré était normal, aucune mesure à but diagnostique n'ayant dû être prise. La suite de la préparation du sperme en vue de l'insémination ne pouvait pas être qualifiée de phénomène pathologique et être à la charge de l'assureur de l'homme. Elle priait donc la Cour d'admettre le recours, respectivement de condamner l'intimée à la prise en charge des deux Percoll-tests.

25. Le 10 février 2014 également, la recourante a partiellement contesté la détermination de l'appelée en cause du 13 janvier 2014. Elle a indiqué que la stérilité et les troubles de la fertilité avaient valeur de maladie selon la jurisprudence constante. Il était incontestable qu'elle-même et son compagnon rencontraient des troubles de la fertilité, et que le Percoll-test était à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Dans ces conditions, si une décision précisait que le Percoll-test n'était pas à la charge de son assurance, ce test devrait être mis à la charge de l'assurance de son compagnon. L'issue de la présente procédure ne saurait ainsi être ignorée par l'appelée en cause et la décision devait pouvoir lui être opposable. Pour le reste, la recourante abondait dans le sens de l'argumentation développée le 13 janvier 2014 par l'appelée en cause. S'agissant des lettres du Dr D_____ et ses annexes, elle relevait que celles-ci venaient confirmer les pièces déjà produites par la recourante, selon lesquelles les Percoll-tests avaient été effectués uniquement dans le cadre de l'insémination artificielle.

26. Sur ce, la cause a été gardée à juger. 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).

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

3. La LPGA s'applique à l'assurance-maladie sauf dans les domaines mentionnés à l'art. 1 LAMal, dont notamment celui des tarifs, prix et budget global (art. 43 à 55 LAMal).

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56ss LPGA).

5. Est litigieuse la question de savoir si l'intimée était fondé à refuser la

prise en charge des factures du laboratoire des 14 et 28 septembre 2012. 6. En vertu de 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 ou ses séquelles. 7. Sous l'empire de la LAMA, notre Haute Cour avait jugé que l'insémination artificielle (homologue) constituait une mesure thérapeutique au sens de cette dernière. Elle avait ainsi notamment indiqué que le but de la mesure médicale, en cas de stérilité, n'était pas tant de remédier à la stérilité comme telle que de rendre possible une grossesse et donc de permettre à un couple d'avoir une progéniture. Le fait que le traitement avait pour but, non de combattre la stérilité, mais de satisfaire le désir d'enfant des parents ne suffisait pas, à lui seul, pour lui dénier le caractère de mesure thérapeutique. Du point de vue de son but, l'insémination artificielle ne se distinguait pas des autres méthodes destinées à remédier à la stérilité – en particulier le traitement opératoire ou médicamenteux – et qui étaient, quant à eux, obligatoirement à la charge des caisses-maladies. L'insémination artificielle visait, comme les autres méthodes citées, à provoquer dans le corps de la femme une fécondation naturelle qui n'avait pas pu avoir lieu, pour des raisons médicales, par la voie de la conception naturelle. Il n'y avait pas, dans ce cas, de fécondation artificielle ; la fécondation intervenait par voie naturelle, le seul procédé qui fût artificiel étant l'introduction du sperme dans l'appareil génital de la femme (ATF 121 V 302 consid. 6). Dans un autre arrêt, elle a également précisé que l'assurance-maladie devait prendre en charge la totalité des frais en relation avec le traitement de la fertilité (traitement hormonal, examens de contrôle, et insémination artificielle), moins la franchise et la quote-part (ATF 121 V 289 consid. 8).

8. Selon l'art. 33 let. a et c OAMAL, le département fédéral de l'intérieur (ci-après DFI) désigne les prestations fournies par les médecins ou les chiropraticiens dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions (let. a), et les prestations nouvelles ou controversées dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation; il détermine les conditions et l'étendue de la prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins (let. c). Selon l'art. 1 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS ; RS 832.112.31), figurent à l'annexe 1 les prestations visées par la disposition susmentionnées, qui ont été examinées par la Commission fédérale des prestations générales et des principes de l'assurance-maladie et dont l'assurance-maladie obligatoire des soins prend en charge les coûts (let. a), prend en charge les coûts à certaines conditions (let. b), ou ne prend pas en charge les coûts (let. c). Conformément au chapitre 3 de l'annexe 1 de l'OPAS, l'insémination artificielle est prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire (insémination intra-utérine ; au maximum trois cycles de traitement par grossesse). 9. a) Le but de l'insémination intra-utérine est de déposer en phase péri-ovulatoire (ovulation déterminée par échographie ou dosages hormonaux dans les urines) des spermatozoïdes préparés à l'intérieur de l'utérus). De cette manière, le trajet effectué par les spermatozoïdes est plus court, les meilleurs spermatozoïdes ont été sélectionnés ([En ligne] disponible sur <http://www.medixy.ch/prestations/presentation-infertilite#10.1> [consulté le 28 janvier 2014]). S'agissant de la capacitation in vitro (test « Percoll »), il faut relever ce qui suit. Pour acquérir définitivement la capacité à féconder, les spermatozoïdes doivent se séparer de la phase liquide du sperme appelé liquide séminal ([En ligne] ; disponible sur <http://www.chuclermontferrand.fr/Internet/Sites/Reproduction/ExamenSperme/Th%C3%A9orie/Test%20de%20s%C3%A9paration%20des%20permatozo%C3%AFdes.aspx> [consulté le 28 janvier 2014]): - lors d'un rapport sexuel

en période ovulatoire, les spermatozoïdes les plus mobiles vont quitter le vagin pour migrer à travers la glaire cervicale vers l'utérus. Ils se séparent alors du liquide séminal qui reste dans le vagin, et acquièrent ainsi la capacité à être féconds : ce phénomène s'appelle la « capacitation », il n'est possible qu'autour de l'ovulation ; - en assistance médicale à la procréation, le même phénomène est reproduit au laboratoire avec en plus le souhait de trier les spermatozoïdes les plus aptes à féconder : c'est la capacitation in vitro. b)

L'insémination artificielle avec sperme du conjoint ou insémination artificielle homologue (IAH) est réservée aux couples souffrant soit d'une infertilité liée à une pathologie du col de l'utérus, à une pathologie masculine légère à moyenne, à une infection virale masculine transmissible sexuellement (HIV, hépatite B et C) ou à une infertilité sans cause apparente. Les spermatozoïdes du conjoint sont recueillis dans un récipient adéquat par masturbation (abstinence de 3 à 7 jours). Le sperme est alors traité au laboratoire. Il est lavé. Les spermatozoïdes les plus mobiles sont sélectionnés par différents procédés. But final de cette préparation: concentrer dans un petit volume le maximum de spermatozoïdes mobiles et laver la préparation de tous les éventuels germes pathogènes (bactéries, virus) pour les déposer directement dans le fond utérin. C'est l'insémination proprement dite ([En ligne] <http://www.genevefamille.ch/N6606/stimulation-ovarienne-insemination-artificielle.html> [consulté le 18 février 2014]). Le moment optimal pour l'insémination Procédé destiné à faciliter la rencontre du spermatozoïde et de l'ovule. A l'aide d'un cathéter, du sperme préparé à cet effet est amené à l'entrée du col de l'utérus ou directement dans l'utérus. L'insémination peut se faire avec le sperme du partenaire ou du sperme de donneur. artificielle est déterminé par des analyses hormonales dans le sang, par une ou plusieurs échographies vaginales ou par des tests qualitatifs de la LH dans les urines du matin. Une fois le jour et l'heure de l'insémination Procédé destiné à faciliter la rencontre du spermatozoïde et de l'ovule. A l'aide d'un cathéter, du sperme préparé à cet effet est amené à l'entrée du col de l'utérus ou directement dans l'utérus. L'insémination peut se faire avec le sperme du partenaire ou du sperme de donneur. fixés par le médecin responsable, le laboratoire fixe un rendez-vous au conjoint pour le prélèvement de sperme Spermatozoïdes et sécrétions éjaculés au moment de l'orgasme masculin. (par masturbation) une à deux heures avant l'insémination Procédé destiné à faciliter la rencontre du spermatozoïde et de l'ovule. A l'aide d'un cathéter, du sperme préparé à cet effet est amené à l'entrée du col de l'utérus ou directement dans l'utérus. L'insémination peut se faire avec le sperme du partenaire ou du sperme de donneur. . Ce sperme Spermatozoïdes et sécrétions éjaculés au moment de l'orgasme masculin. doit être préparé au laboratoire pour en isoler les spermatozoïdes mobiles et éliminer le plasma séminal. L'insémination Procédé destiné à faciliter la rencontre du spermatozoïde et de l'ovule. A l'aide d'un cathéter, du sperme préparé à cet effet est amené à l'entrée du col de l'utérus ou directement dans l'utérus. L'insémination peut se faire avec le sperme du partenaire ou du sperme de donneur. est réalisée au CPMA par le médecin responsable et consiste à introduire la suspension de spermatozoïdes dans l'utérus Organe en forme de poire renfermant et nourrissant le fœtus pendant la grossesse, qui se contracte de manière puissante et rythmique à la naissance pour expulser le fœtus. au moyen d'un cathéter Petit tube que l'on introduit dans les organes. souple, alors que la patiente est en position gynécologique [En ligne]: <http://www.cpma.ch/fr/treatments/aih.html> [consultés le 18 février 2014]). c) Le spermogramme standard implique la mesure du volume et du pH du sperme, la microscopie des différents éléments cellulaires, la concentration des spermatozoïdes, la mobilité et la morphologie, la présence de leucocytes et la recherche de cellules immatures. L'OMS a

défini en 2010 de nouvelles valeurs de références pour les résultats de spermogrammes dits « normaux ». S'agissant de la morphologie, la limite inférieure de référence (5^{ème} percentile et intervalle de confiance à 95%) est de 4% (3-4) ([En ligne] Caduceus Express, Publication de l'Institut Central à l'intention du corps médical, janvier 2012, Vol. 14, n° 1 [consulté le 18 janvier 2012]). 10. Selon une prise de position du 1^{er} février 2005 de SantéSuisse, si un spermogramme s'avère normal, c'est-à-dire qu'il n'y a rien de visible, la préparation ultérieure de l'insémination doit s'effectuer à la charge de l'assurance-maladie de la femme. Si le spermogramme se révèle pathologique, les frais de préparation particulière (sélection des spermatozoïdes vigoureux, adjonction de substances actives, etc) sont à prendre en charge par l'assurance-maladie de l'homme. 11. La jurisprudence admet l'application des principes liés à la notion de « complexe thérapeutique » lorsqu'il existe un rapport de connexité qualifié, soit lorsque la mesure qui n'est pas prise en charge par l'assurance obligatoire des soins constitue une condition indispensable à l'exécution de prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (ATF non publié 9C_456/2013 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références). 12. Les assureurs qui pratiquent l'assurance obligatoire des soins et l'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal et qui récoltent des données concernant les assurés et leur santé sont astreints à respecter les principes afférents au droit de la protection des données, soit notamment : légalité, bonne foi, transparence, affectation au but déterminé, exactitude et sécurité des données (art. 4ss de la loi fédérale sur la protection des données du 19 juin 1992 (LPD ; RS 235.1). Les assureurs LAMal assument une tâche publique de la Confédération et sont assimilés à ce titre aux organes fédéraux (art.2, al. 1 let b LPD). En tant que tels, ils sont soumis au principe de la légalité, qui prévoit ceci : lorsque des données personnelles sont traitées par des organes fédéraux, une base légale est nécessaire. Les données sensibles et les profils de personnalité au sens de l'art. 3 LPD ne peuvent être traités que si une loi formelle le prévoit expressément. A titre exceptionnel, de telles données peuvent également être traitées, par exemple, si la personne concernée y a consenti (art. 4 al. 1 et art. 17 LPD). Dans le cas de la LAMal, la base légale est formée en particulier par l'art. 84. Enfin, les assureurs-maladie ne peuvent utiliser les données personnelles qu'au fins spécifiées par la LAMal, notamment, pour établir le droit aux prestations, les calculer, les allouer et les coordonner avec celles d'autres assurances sociales (art. 84 let. d LAMal). 13. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 14. a) En l'espèce, la Cour de céans relèvera liminairement que le laboratoire a confirmé que les factures litigieuses concernent deux préparations de sperme en vue de deux inséminations artificielles, ce qui n'a d'ailleurs pas été contesté par l'intimée, que l'intimée ne conteste pas que les préparations doivent être prises en charge par l'assurance obligatoire des soins et que la préparation du sperme du conjoint constitue une étape-clé d'une insémination artificielle. Cela étant précisé, la Cour relèvera tout d'abord qu'ainsi que le souligne l'intimé, l'OMS a défini, en 2010 de nouvelles valeurs de référence pour les résultats de spermogrammes dits

« normaux » (WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen. Fifth Edition, 2010). Certes, le Dr D _____ a cité, au bas de son rapport, un document similaire mais légèrement antérieur (WHO laboratory manual for the examination and processing of the human semen. Fifth Edition. Cooper TG et al. Human Reproduction Update 2009 :10 :231-45). Il n'en demeure pas moins que les valeurs utilisées dans le rapport du Dr D _____ sont identiques à celles de l'OMS de 2010. S'agissant plus particulièrement des valeurs de référence s'agissant de la morphologie des spermatozoïdes, la valeurs OMS retiennent une limite inférieure de référence de 4%, mais également un « intervalle de confiance » se situant entre 3 et 4%, ce qui correspond à ce qui a été retenu par le biologiste. Partant, le résultat du spermogramme du compagnon de la recourante de 3% de spermatozoïdes à morphologie normale entre, tout en étant à la limite inférieure, dans ledit intervalle de confiance. En tout état de cause, le Dr T _____ a dûment motivé, de manière convaincante, les raisons pour lesquelles la très légère tératospermie relevée par le laboratoire était largement compensée par le nombre des spermatozoïdes et leur mobilité. Il apparaît d'ailleurs clairement, au vu des résultats du rapport, que le spermogramme révèle : - un volume de deux fois supérieur à la norme ; - une concentration près de quatre fois supérieure à la norme ; - un nombre total plus de trois fois supérieur à la norme ; - une mobilité progressive supérieure de plus de 60% à la norme ; et - une mobilité totale supérieure de 40% à la norme, Le Dr T _____ a également souligné le fait que les résultats pré et post préparation pour insémination étaient très bons avec plus de 48 millions/ml de spermatozoïdes, ayant une mobilité de plus de 70% et une progression de degré 4 (le maximum). En tout état de cause, comme indiqué plus haut, la morphologie des spermatozoïdes paraît être une donnée très subjective ainsi que le paramètre le moins apte à prédire l'aptitude fécondante d'un sperme. Enfin, il sera précisé ici, s'agissant de l'avis du Dr T _____ fourni à la demande de la Cour de céans, que la jurisprudence citée par l'intimée fait référence à une problématique étrangère à celle du cas d'espèce, à savoir celle des déclarations de la première heure (ATF 121 V 45). Or, rien ne permet de considérer, dans le cas d'espèce, que la recourante ou son médecin ont changé d'opinion en cours de procédure. Par ailleurs, s'il est vrai que le rapport a été rédigé postérieurement à l'introduction du recours et que le Dr T _____ est le médecin traitant de la recourante, ces éléments à eux seuls ne sont pas de nature à faire douter de l'impartialité du médecin ou à affaiblir la valeur probante de son rapport. Par conséquent, la Cour considèrera que le spermogramme du compagnon de la recourante n'est pas pathologique et que selon le chapitre 3 de l'annexe 1 OPAS et la prise de position de SantéSuisse, c'est l'assurance de la recourante qui doit prendre en charge la préparation du sperme. b) La conclusion est la même sous l'angle de la notion de « complexe thérapeutique ». Certes, la présente problématique est différente des situations dans lesquelles notre Haute Cour a fait application de la notion de « complexe thérapeutique », dans la mesure où la question qui se pose ici n'est pas celle de savoir si les factures litigieuses doivent être prises en charge par l'assurance-maladie, mais celle de savoir quelle assurance, de celle de la recourante ou de son compagnon, doit le faire. Il est néanmoins possible de s'inspirer de cette notion par analogie pour trancher cette question. En effet, au vu des éléments cités plus haut, il faut admettre qu'il existe un rapport de connexité qualifié entre la préparation de sperme et l'insémination artificielle, et que de ce fait, c'est l'assurance qui assume les frais de l'insémination artificielle – in casu, l'intimé – qui doit également assumer les frais de la préparation litigieuse. En tout état de cause, dans la mesure où la préparation de sperme est un élément inhérent et nécessaire de la procédure

d'insémination artificielle, la Cour de céans arrive à la même conclusion si elle se base uniquement sur la jurisprudence fédérale suscitée traitant de ce sujet, dans la mesure où cette préparation est englobée dans la mention générale des « frais en relation avec le traitement de la fertilité », ou encore est directement incluse dans l'insémination artificielle. Enfin, il sera rappelé que le président de l'ordre des gynécologues et obstétriciens de Genève a indiqué que dans le cas d'un spermogramme normal, c'était la première fois, à sa connaissance et celle d'un membre du comité, qu'une assurance refusait cette prise en charge dans un cas qui incombait à la LAMal. Au vu de ce qui précède, la Cour conclut que le remboursement des factures litigieuses doit être à la charge de l'intimée, hors franchise et quote-part. c) Enfin, il n'est nullement possible de suivre l'argument de l'intimée s'agissant de la « praticabilité et de la protection des données ». En effet, dans une situation similaire au cas d'espèce, il suffit que le compagnon de l'assurée fournisse volontairement les informations nécessaires au médecin-conseil de l'assurance de sa compagne ou autorise le laboratoire et les divers médecins impliqués professionnel à le faire. Par ailleurs, l'intimée a demandé à la recourante de faire corriger les factures litigieuses afin qu'elles soient établies aux deux noms de la recourante et de son compagnon, ce que cette dernière a fait. Il n'est dès lors pas possible de la suivre lorsqu'elle indique ne pas savoir comment intégrer ces factures au dossier de la recourante. 15. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision sur opposition du 16 septembre 2013 sera annulée. La recourante, qui obtient gain de cause, aura droit à des dépens que la Cour de céans fixe à 2'500 fr. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. g LPG ; art. 89 H al. 3 loi de la sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA; RS E 5 10; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 5 10.03). 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.