

VD_FINDINFO AM 7/18 - 29/2019 vom 26. Juni 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AM_7_18_-_29_2019

FR: VD_FINDINFO AM 7/18 - 29/2019 du 26 juin 2019

IT: VD_FINDINFO AM 7/18 - 29/2019 del 26 giugno 2019

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE, ANALYSE GÉNÉTIQUE, LISTE DES ANALYSES, PRÉVENTION DES MALADIES | 26 LAMal, 34 LAMal, 12 OPAS

Erwägungen

E. 2

Le litige porte sur la prise en charge, au titre de l'assurance-maladie obligatoire, des frais afférents aux analyses génétiques effectuées auprès du recourant dans le cadre de la grossesse de son épouse pour le total de 1'329 fr. 60.

E. 3

En premier lieu, il convient d'examiner si le bilan génétique effectué auprès du recourant devrait être pris en charge par l'intimée au titre des mesures de prévention comprises dans les prestations de l'assurance obligatoire des soins. a) Sous le titre marginal « mesures de prévention », l'art. 26 LAMal dispose que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés. Ces examens ou mesures préventives sont effectués ou prescrits par un médecin. Selon l'art. 33 al. 2 LAMal, il appartient au Conseil fédéral de désigner en détail, notamment, les prestations prévues à l'art. 26 LAMal. A l'art. 33 let. d OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), le Conseil fédéral, comme le permet l'art. 33 al. 5 LAMal, a délégué à son tour cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Faisant usage de cette sous-délégation, le DFI a édicté l'OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832.112.31). Les art. 12 à 12e OPAS, qui en constituent le chapitre 3 intitulé « mesures de prévention », renferment une liste positive des mesures médicales de prévention prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (TFA K 92/04 du 28 octobre 2004 consid. 2.2). Cette liste est exhaustive (TFA K 23/04 du 17 février 2005 consid. 2.1 ; Gebhard Eugster, *Krankenversicherung*, in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht*, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2^e éd. 2007, n. 471 p. 557). b) Selon la jurisprudence et la doctrine précitées, il est admis qu'aux termes mêmes de la loi – selon lesquels seuls « certains examens » (« bestimmte Untersuchungen » dans le texte allemand et « determinati esami » dans le texte italien de l'art. 26 LAMal) destinés à détecter à temps les maladies sont pris en charge par l'assurance –, le catalogue des examens et mesures de nature préventive est restreint. L'examen des travaux préparatoires révèle que le législateur n'a pas voulu admettre le remboursement de toute mesure préventive quelle que soit la reconnaissance scientifique qui a été apportée à son efficacité, mais qu'il a cherché à limiter la prise en charge de telles mesures ; s'écartant du projet initial du Conseil fédéral, lequel prévoyait que « L'assurance obligatoire de soins prend en charge les coûts

des mesures de prévention effectuées ou prescrites par un médecin [...] » (Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 77 ss, ad art. 20, p. 135), le Parlement a, avec la formulation de l'art. 26 LAMal, adopté une version plus restrictive de la disposition en cause, en laissant sciemment le soin au Conseil fédéral de décrire les prestations à charge de l'assurance de base et ce, de manière limitative ; l'art. 26 LAMal n'exige ainsi pas que le Conseil fédéral, ou pour lui le DFI, inclue tous les examens permettant de détecter à temps les maladies dans la liste des prestations (TFA K 92/04 du 28 octobre 2004 consid. 3.1 et K 23/04 du 17 février 2005 consid. 2.1). c) L'art. 26 LAMal n'ayant pas été conçu par le législateur comme une norme prévoyant une prise en charge, par l'assurance-maladie obligatoire, de toutes les mesures susceptibles de prévenir les maladies, aussi utiles et raisonnables soient-elles, le fait que les art. 12 à 12e OPAS ne contiennent qu'un catalogue restreint de telles mesures est donc inhérent au système prévu par le législateur ; il n'appartient pas au juge de se substituer aux auteurs de l'ordonnance, qui disposent d'un très large pouvoir d'appréciation pour admettre une mesure dans le catalogue de l'art. 12 OPAS (TFA K 92/04 du 28 octobre 2004 consid. 3.2 et les références citées ; K 23/04 du 17 février 2005 consid. 2.1 ; Eugster, op. cit., n. 471 p. 557). d) S'agissant spécifiquement d'une analyse génétique, le préambule au chapitre 2 de la liste des analyses (LA ; annexe 3 de l'OPAS) précise qu'une telle analyse effectuée chez une personne en bonne santé et visant à mettre en évidence la prédisposition à une maladie est prise en charge seulement si l'analyse en question est prévue aussi bien dans la LA que comme mesure de prévention dans l'art. 12d, let. f, OPAS. Une analyse génétique chez une personne en bonne santé visant à détecter un risque génétique pour les descendants n'est pas considérée comme une prestation obligatoirement à la charge de l'assurance-maladie.

E. 4

a) En l'espèce, il est établi que l'épouse du recourant est porteuse d'une alpha thalassémie hétérozygote. La valeur de MCV observée chez le recourant laissait par ailleurs supposer un désordre de l'hémoglobine pouvant justifier de plus amples examens. Selon le recourant, il était dès lors indispensable de s'assurer qu'il n'était pas porteur d'une thalassémie afin d'exclure tout risque de maladie pour le fœtus et d'assurer le suivi adéquat de la grossesse de son épouse (cf. rapports des 13 octobre 2017 de la Dresse D._____ et 14 novembre 2017 du Dr F._____). b) On peut retenir, à l'instar de l'intimée, que l'analyse génétique litigieuse avait essentiellement pour but d'écarter le risque de la transmission d'une maladie à la descendance du recourant. Cela étant, ainsi que l'a relevé à bon droit l'intimée, l'analyse litigieuse n'est pas contenue dans la LA et n'est pas mentionnée au titre de mesure préventive par l'art. 12d OPAS. Dès lors, indépendamment de son efficacité et de son adéquation, dite analyse ne peut pas être portée à la charge de l'intimée au titre de mesure préventive imputable à l'assurance-maladie obligatoire au sens de l'art. 26 LAMal. Le seul fait que cette analyse ne soit pas mentionnée dans la liste exhaustive édictée par le DFI suffit à l'exclure comme telle de la qualification de mesure préventive à charge de l'assurance obligatoire des soins. c) Au surplus, contrairement à la distinction opérée par le Dr F._____, le préambule au chapitre 2 de la LA ne procède pas d'une distinction entre un risque génétique et une maladie génétique chez les descendants. Le préambule en question se limite à exclure de l'assurance obligatoire des soins toute analyse génétique destinée à écarter un risque pour la descendance. L'analyse litigieuse constituant clairement une mesure destinée à écarter tout risque auprès de la descendance du recourant, elle est ainsi hors du champ de prise en charge de l'assurance-maladie.

E. 5

En second lieu, reste à examiner si le coût de l'analyse génétique litigieuse devrait être assumé par l'intimée au titre de mesure diagnostique dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire. a) Aux termes 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 et ses séquelles. Conformément à l'art. 25 al. 2 LAMal, ces prestations comprennent – notamment – 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 dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal). Pour garantir que les prestations prises en charge par l'assurance maladie obligatoire remplissent les exigences de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique, posées par l'art. 32 al. 1 LAMal, l'art. 33 LAMal prévoit un système pour désigner les prestations susceptibles d'être prises en charge ; ce système distingue selon le type de fournisseurs de prestations et/ou selon la nature de la prestation dispensée et est concrétisé par l'art. 33 OAMal (ATF 134 V 83 consid. 4.1 ; 129 V 167 consid. 3.2 ; TF 9C_743/2007 du 28 novembre 2008 consid. 2). En ce qui concerne les prestations énumérées à l'art. 25 al. 2 let. b LAMal (analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques), le législateur a prévu un système dit de liste positive (ATF 134 V 83 consid. 4.1 ; 129 V 167 consid. 3.4). b) La LA constitue une liste positive de prestations, qui a pour caractéristique d'être à la fois exhaustive et contraignante, parce que les assureurs-maladie ne peuvent, en vertu de l'art. 34 al. 1 LAMal, prendre en charge que les prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal. La prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire d'une prestation correspondant à une analyse suppose en principe que celle-ci figure dans la LA. En d'autres termes, le système légal exclut la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une prestation sous forme d'analyse qui n'est pas mentionnée dans la LA (ATF 134 V 83 consid. 4.1 et les références citées ; 130 V 532 consid. 3.4 ; TFA K 55/05 du 24 octobre 2005 consid. 3). c) Parmi les tests génétiques, il convient de distinguer entre les tests diagnostiques et les tests prédictifs, ces derniers ne pouvant être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins que s'ils ont été inclus dans la liste positive des mesures préventives à la charge de l'assurance obligatoire des soins selon l'art. 26 LAMal (Eugster, op. cit., n. 473 p. 558-559 ; consid. 3a et 3b supra). Les tests diagnostiques ont pour but soit d'élucider une affection qui s'est déjà déclarée sur le plan clinique par l'analyse de la modification de gènes entrant en considération, soit de confirmer ou d'infirmer un diagnostic présumé ou un soupçon concret de maladie ; dans de tels cas, les tests diagnostiques constituent en principe un traitement à la charge de l'assurance obligatoire des soins, pour autant que les analyses effectuées figurent dans la LA et qu'ils puissent être considérés comme efficaces, appropriés et économiques (art. 32 al. 1 LAMal) dans le cas concret (Eugster, op. cit., n. 473 p. 558). d) Selon le préambule à la LA, les analyses à charge de l'assurance-maladie dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins doivent servir à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al. 1 LAMal). Une analyse diagnostique doit permettre avec une probabilité acceptable de décider si un traitement est nécessaire, et si oui lequel, ou de réorienter le traitement médical appliqué jusqu'alors, ou de redéfinir les examens qui sont nécessaires (p.ex. pour prévenir, dépister ou traiter à temps les complications typiques auxquelles on peut s'attendre) ou encore de renoncer à d'autres examens visant à explorer les symptômes, les séquelles ou les problèmes typiques auxquels on peut s'attendre. Les analyses, pour lesquelles il apparaît

clairement, au moment où elles sont prescrites, qu'elles ne satisfont à aucun des quatre points précités, ne sont pas prises en charge. De plus, le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (art. 56 al. 1 LAMal ; TF 9C_462/2016 du 25 avril 2017 consid. 3.3).

E. 6

a) En l'espèce, les positions 1374.00 (hématogramme V), 2021.00 (extraction ADN/ARN génomique), 2305.09 (thalassémies) et 2505.06 (thalassémies) figurent dans la LA. Cela étant, les examens litigieux ont été effectués afin de déterminer si le recourant était porteur d'une thalassémie, dès lors que son épouse, enceinte, était elle-même porteuse d'une alpha thalassémie hétérozygote et qu'il y avait un risque de transmission chez le fœtus (cf. rapports des Drs D._____ et F._____, datés respectivement des 13 octobre 2017 et 14 novembre 2017). Le Dr F._____ a précisé que le recourant présentait une microcytose, car la valeur de MCV était suggestive d'un désordre au niveau de l'hémoglobine, comme par exemple lors d'une thalassémie. Il a relevé qu'en présence d'une microcytose sans anémie ferriprive, une recherche de thalassémie était indiquée. Il a ajouté qu'un porteur d'une mutation sur les gènes HBA ou HBB ne présentait pas obligatoirement des symptômes. Cependant, le Dr F._____ a signalé qu'il aurait fallu « commencer par une électrophorèse des protéines », afin d'exclure totalement un défaut de l'hémoglobine, puis « faire une recherche moléculaire » (cf. rapport du 14 novembre 2017). b) Il ressort ainsi des éléments communiqués par le Dr F._____ lui-même que le tableau clinique présenté par le recourant n'était pas suffisant pour justifier d'emblée l'analyse génétique litigieuse. On ne pouvait considérer qu'il existait des éléments concrets et fondés faisant soupçonner une thalassémie auprès du recourant, qui était au demeurant totalement asymptomatique. Dans un tel cas, une électrophorèse aurait permis de mettre en évidence une éventuelle anomalie des protéines et la réalisation effective d'une maladie, en dépit de l'absence de tous symptômes. Il apparaît en conséquence qu'au moment de la prescription de l'analyse litigieuse, à défaut d'éléments concrets de la présence de la maladie, dite analyse ne répondait pas à des nécessités thérapeutiques ou de soins pour le recourant. Elle ne remplissait ainsi pas les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal. c) Dès lors, on peut se rallier à la position de l'intimée et considérer que l'analyse litigieuse ne rentre pas non plus dans la catégorie des mesures diagnostiques à charge de l'assurance-maladie obligatoire sous l'angle de l'art. 25 LAMal.

E. 7

a) Au vu de ce qui précède, la décision sur opposition attaquée doit être confirmée et le recours rejeté. b) La procédure étant gratuite en vertu du droit fédéral (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais judiciaires. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni à la recourante qui succombe (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA), ni à l'intimée, qui n'y a pas droit en sa qualité d'assureur social (cf. ATF 128 V 323).

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