

VD_GERICHTE ZE23.046243 vom 31. Mai 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-05-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE23.046243

FR: VD_GERICHTE ZE23.046243 du 31 mai 2024

IT: VD_GERICHTE ZE23.046243 del 31 maggio 2024

Erwägungen

E. 5

La prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de la chirurgie reconstructive du clitoris n'est pas expressément prévue par l'annexe 1 de l'OPAS. Ainsi, il découle de ce qui précède que le point de savoir si une reconstruction chirurgicale clitoridienne est à la charge de l'assurance-maladie obligatoire présuppose de déterminer si les troubles de la MGF ont valeur de maladie et si le traitement proposé est efficace, économique et approprié. a) La question de savoir si les troubles liés aux MGF ont valeur de maladie a été clairement résolue au moment du passage, le 1er janvier

- 12 - 2015, à la version 2014 du codage des diagnostics CIM-10-GM, lorsque les MGF ont été explicitement intégrées au titre de diagnostic et de maladie. Dans ce sens, le Conseil fédéral a rendu l'avis suivant le 12 novembre 2014, à propos du postulat de la députée au Conseil des Etats Anne Seydoux-Christe (n° 14.3919) du 25 septembre 2014 sollicitant l'évaluation de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique des traitements liés aux MGF afin de décider d'une possible prise en charge par l'assurance obligatoire des soins : « L'assurance obligatoire des soins (AOS) rembourse les coûts des prestations servant à établir un diagnostic ou à traiter une maladie et ses séquelles. La notion de « maladie » est définie à l'article 3 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [...] en tant qu'« atteinte à la santé 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 ». Les mutilations génitales féminines (MGF) entraînent divers problèmes physiques et psychiques, parfois si éprouvants pour les femmes, qu'il est nécessaire de les traiter. Dans le système mis en place pour l'AOS, seules les prestations efficaces, appropriées et économiques [...] peuvent être prises en charge. Il n'existe toutefois pas de liste positive exhaustive des prestations médicales obligatoirement remboursées, exception faite des mesures préventives, des traitement dentaires et des prestations en cas de maternité. La plupart du temps, le caractère obligatoire des prestations diagnostiques et thérapeutiques est implicite (principe de la confiance). Ainsi, les examens et traitements effectués par des médecins sont généralement remboursés pour autant qu'aucune réglementation spéciale ne soit fixée dans l'annexe 1 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS [...]). Si la prise en charge d'une prestation est mise en question, une commission d'experts ([...] CFPP) examine la prestation, en recommande ou non le remboursement. Les décisions définitives, rendues par le Département fédéral de l'intérieur (DFI), sont reprises dans l'annexe 1 de l'OPAS. Sur demande, la CFPP examine si les prestations satisfont aux critères de prise en charge [...]. Les mutilations génitales féminines ne figurent pas encore de manière explicite dans la classification en vigueur en Suisse, à savoir la « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes » (codage des diagnostics CIM-10-GM,

version 2012), qui sert de base pour le codage et la facturation des diagnostics ; ces interventions peuvent cependant avoir valeur de maladie, et le principe de confiance peut s'appliquer pour le traitement des séquelles qu'elles impliquent. Ainsi, pour autant qu'ils soient efficaces, adéquats et économiques, les traitements consécutifs à des mutilations génitales féminines peuvent donc être pris en charge par l'AOS. Au moment du passage, le 1er janvier

- 13 - 2015, à la version 2014 du codage des diagnostics CIM-10-GM, les mutilations génitales féminines figureront explicitement au titre de diagnostic et de maladie ; cette mesure devrait favoriser le remboursement uniforme et équitable des prestations permettant de traiter les séquelles physiques et psychiques de ces interventions. Le changement du codage des diagnostics au 1er janvier 2015 établissant déjà la reconnaissance de la mutilation génitale féminine comme maladie à part entière, il est inutile de faire d'autres propositions sur ce point. [...] » Le conseiller fédéral Alain Berset a confirmé lors de son intervention du 11 décembre 2014 que les traitements consécutifs à des MGF devaient être remboursés à condition d'avoir été prescrits par un médecin, y compris les prestations relatives à la désinfibulation et à la reconstruction du clitoris (BO 2014 E 1321). Il a ajouté que ces mutilations entraînaient d'innombrables conséquences médicales, psychiques et physiologiques, qu'il était nécessaire de traiter. Ces traitements étaient pris en charge par l'assurance obligatoire des soins dans le respect des critères généraux de la LAMal, à savoir que les prestations devaient être efficaces, appropriées et économiques. Puis le rapport du Conseil fédéral du 28 octobre 2015 en réponse à la motion Bernasconi (05.3235) intitulée « Mutilations sexuelles féminines. Mesures de sensibilisation et de prévention » a clairement condamné les MGF constitutives de violation des droits de l'homme et a annoncé les mesures prises par la Confédération consistant notamment à offrir des soins pour répondre aux conséquences de telles mutilations (pp.

E. 7

a) Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre le recours et de réformer la décision sur opposition litigieuse en ce sens que l'intimée doit prendre en charge les coûts relatifs à l'intervention pour la reconstruction chirurgicale clitoridienne du 28 novembre 2022 à titre d'assurance obligatoire des soins. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. f bis LPGA). c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter l'équitable indemnité à laquelle elle a droit en tenant compte de l'importance et de la complexité du litige ainsi que du temps requis pour le traitement d'une telle affaire. Au regard de ces éléments, il se justifie de fixer forfaitairement l'indemnité à 1'000 fr., débours et éventuelle TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée (art. 10 et 11 du tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative [TFJDA ; BLV 173.36.5.1]). Par ces motifs, la juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 28 septembre 2023 par Y. _____ SA est réformée, en ce sens qu'elle doit prendre en charge les frais liés à l'intervention pour la reconstruction chirurgicale clitoridienne du 28 novembre 2022 à titre d'assurance obligatoire des soins. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- 18 - IV. Y. _____ SA versera à F. _____ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens. La juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - Association Astrée (pour F. _____), - Y. _____ SA, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit

public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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