

# VD\_OMNI PS.2015.0026 vom 23. September 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-09-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_omni\\_PS.2015.0026](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_omni_PS.2015.0026)

FR: VD\_OMNI PS.2015.0026 du 23 septembre 2015

IT: VD\_OMNI PS.2015.0026 del 23 settembre 2015

## Regeste

X. \_\_\_\_\_ c/Service de prévoyance et d'aide sociales, Centre social régional de Morges-Aubonne-Cossonay | Est litigieux le refus de prise en charge des frais d'un dépistage prénatal non invasif (DPNI) par l'aide sociale. Ce type de dépistage n'est pas remboursé par l'assurance-maladie de base en Suisse. Par contre, les examens pris en charge par l'assurance de base assuraient à la recourante un dépistage fouillé des possibles anomalies du fœtus. Le DPNI ne répondait par conséquent pas à un besoin impérieux lié à la santé de la recourante mais plutôt à un souci de confort qui n'ouvre pas la voie à une aide exceptionnelle. Confirmation de la décision de l'autorité intimée qui, après avoir requis l'avis du médecin cantonal, a refusé la prise en charge des frais liés au DPNI effectué par la recourante.

## Erwägungen

### E. 1

Un barème des normes fixant les montants maximums pouvant être alloués aux bénéficiaires du RI est annexé au présent règlement. Ce barème comprend les postes suivants: a. le forfait pour l'entretien et l'intégration sociale adapté à la taille du ménage; b. un supplément de Fr. 200.-- par personne dès la 3ème personne au-dessus de 16 ans dans le ménage (conjoints, partenaires enregistrés, concubins et leurs enfants à charge); c. le forfait frais particuliers pour les adultes dans le ménage; une famille monoparentale est assimilée à un couple; d. le forfait entretien pour les jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans révolus, vivant seuls, sans charge de famille et sans activité lucrative; e. les frais de logement plafonnés, charges en sus; f. le forfait loyer et charges, pour les jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans révolus, vivant seuls, sans charge de famille et sans activité lucrative; g. le supplément au forfait entretien pour les jeunes adultes mentionnés à l'article 22, alinéa 1, lettre d) lorsqu'ils sont suivis par un office régional de placement (ORP) ou qu'ils effectuent une mesure d'insertion sociale ou professionnelle ou un stage non rémunéré.

### E. 2

Peuvent en outre être alloués conformément à l'article 33 LASV: a. les frais médicaux de base lorsque, exceptionnellement, le bénéficiaire n'est pas couvert par l'assurance-maladie obligatoire selon la LAMal; b. les franchises et participations aux soins médicaux; c. les frais dentaires; d. les frais relatifs aux enfants mineurs comprenant les frais de devoirs surveillés, de rentrée scolaire et de camps scolaires ainsi que les frais découlant de l'exercice d'un droit de visite; e. les frais d'acquisition du revenu et d'insertion comprenant les frais de transport, de repas hors du domicile, de garde des enfants; f. les frais en relation avec le bail à loyer et les charges et la fourniture d'électricité; g. les charges incombant aux propriétaires occupant leur immeuble, soit (...)

### E. 3

Le département fixe par voie de directive les limites et les conditions dans lesquelles ces frais particuliers sont alloués. " Selon les Normes 2014 édictées par le Département de la santé et de l'action sociale, Service de prévoyance et d'aide sociales, en rapport avec le revenu d'insertion (ci-après: normes RI 2014), les frais de santé pris en charge comme suit: " 2.3.4.2 Franchise et quote-part Les participations des assurés aux frais de soins médicaux et pharmaceutiques (franchises et quote-part), pour les traitements et médicaments remboursés par l'assurance maladie obligatoire sont pris en charge par le RI. (...) 2.3.4.4 Ne sont pas pris en charge par le RI · les traitements médicaux et les médicaments (sous réserve des participations (franchises et quote-part) selon point 2.3.4.2 ci-dessus); · les primes de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, y compris les arriérés de primes ; · les participations (franchises et quote-part) concernant des traitements médicaux et des médicaments non remboursés par l'assurance maladie de base ; · les arriérés de participations (franchises et quote-part). " . b) Le département cautionne, sur demande des autorités d'application, l'allocation par celles-ci d'aides financières exceptionnelles (art. 7 al. 1 let. 1 LASV). Des prestations ne figurant pas à l'art. 22 al. 2 RLASV ou dont le montant dépasse les limites fixées par le département peuvent être allouées à titre exceptionnel lorsque le requérant fait valoir un besoin particulier et impérieux en rapport avec son état de santé, sa situation économique ou familiale, son insertion ou pour garantir l'économicité du dispositif; le SPAS doit valider l'octroi de telles prestations (art. 24 RLASV). On entend par aides financières exceptionnelles des aides circonstanciées qui dépassent les compétences d'octroi des autorités d'application (selon le règlement et le recueil d'application) ou qui ne sont pas prévues (Exposé des motifs et projet de loi sur l'action sociale vaudoise; Bulletin du Grand Conseil 2003 4145, spéc. 4218). Les normes RI 2014 précisent ce qui suit: " 4.1 Aide exceptionnelle (art. 24 RLASV) La direction de l'AA peut accorder à titre exceptionnel des aides financières non prévues dans les présentes Normes ou dont le montant dépasse les limites fixées, lorsque le requérant fait valoir un besoin particulier et impérieux en rapport avec son état de santé, sa situation économique ou familiale, son insertion ou garantir l'économicité du dispositif. Le SPAS doit cautionner l'octroi de telles prestations. Il contrôle les frais accordés par l'AA sur la base d'une liste COGNOS. Si le SPAS considère qu'une aide a été accordée à tort par l'AA, le montant versé au bénéficiaire ne pourra pas être considéré comme indu". Il ressort de la formulation potestative de l'art. 24 RLASV qu'il n'existe en aucun cas un droit à l'octroi d'une aide exceptionnelle et que l'autorité jouit d'un important pouvoir d'appréciation lorsqu'elle décide d'octroyer ou non une telle aide. Elle reste néanmoins tenue par les principes généraux du droit administratif. c) En l'occurrence, est litigieux le refus de prise en charge des frais d'un dépistage prénatal non invasif. Le dépistage prénatal non invasif (DPNI) consiste en un dépistage de diverses anomalies, notamment des trisomies 21, 13, 18 et des aneusomies du chromosome X à partir d'une simple prise de sang chez la femme enceinte. Ce type de dépistage n'est pas remboursé par l'assurance-maladie de base en Suisse. Sont par contre remboursés, dans le but de dépister lesdites anomalies, une échographie et un prélèvement sanguin et, en fonction du résultat du prélèvement sanguin, de l'échographie et des circonstances particulières, une éventuelle choriocentèse ou amniocentèse (cf. chapitre 4 de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie [ OPAS; 832.112.31 ] ), qui sont des gestes invasifs, mais permettent d'établir avec certitude si le fœtus souffre d'anomalies. Il convient de noter qu'en cas de DPNI positif , on recommande que le diagnostic soit

vérifié par une amniocentèse, avant de prendre une décision relative à une interruption de grossesse (cf. avis de Sevgi Tercanli, professeure titulaire de gynécologie et obstétrique à l'université de Bâle, dans le bulletin des médecins suisses du 29 novembre 2014 ), le DPNI n'étant pas totalement fiable . Il ressort de ce qui précède que le DPNI n'a pas pour but de permettre de dépister des éventuelles anomalies du fœtus qu'un suivi de grossesse ordinaire (comprenant si nécessaire une amniocentèse) ne permettrait pas de dépister. Les examens pris en charge par l'assurance de base assureraient ainsi à la recourante un dépistage fouillé des possibles anomalies du fœtus. Le DPNI ne répondait par conséquent pas à un besoin impérieux lié à la sante de la recourante mais plutôt à un souci de confort qui, s'il est compréhensible, n'ouvre pas la voie à une aide exceptionnelle. C'est ainsi sans aucunement violer le pouvoir d'appréciation qui est le sien que l'autorité intimée, après avoir requis l'avis du médecin cantonal, a refusé la prise en charge des frais liés au DPNI effectué par la recourante. Les certificats médicaux produits par la recourante ne fournissent pas d'autres éléments médicaux. Ils se limitent à confirmer que le dépistage des malformations fœtales est nécessaire en raison du traitement suivi par la recourante. Ils n'indiquent par contre pas que le DPNI permettrait de dépister des anomalies que le suivi de grossesse ordinaire (comprenant si nécessaire une amniocentèse) ne dépisterait pas. Il ne ressort ainsi pas non plus de ces deux certificats – dont l'un est non daté et l'autre établi bien après l'examen litigieux – que le DPNI répondrait à un besoin impérieux lié à la sante de la recourante, dont l'autorité intimée n'aurait à tort pas tenu compte. 2. Il résulte des considérants qui précèdent que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. L'arrêt est rendu sans frais (art. 4 al. 2 du Tarif du 11 décembre 2007 des frais judiciaires en matière de droit administratif et public [TFJAP; RSV 173.36.5.1]). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 a contrario et 56 al. 3 LPA-VD).

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