

1ère section

_____ du 10 juin 2003

dans la cause

Madame _____ S _____

_____ contre

INTRAS ASSURANCES

EN FAIT

1. Mme _____ S_____, née en 1962, est assurée auprès de la caisse maladie Intras assurances notamment pour l'assurance obligatoire des soins depuis le 1er janvier 2000.

Elle a contracté l'assurance obligatoire des soins Minima. L'article 10 des conditions générales pour ce type d'assurance contient le catalogue des prestations fournies par la caisse maladie.

2. La recourante a subi une FIVETE pratiquée par son médecin traitant, le docteur Gabriel de Candolle, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique.

3. La recourante a adressé différentes factures de pharmacie relatives à des médicaments prescrits par son médecin, soit les factures du 21 août 2001 d'un montant de CHF 1'241,50, du 19 septembre 2001 d'un montant de CHF 1'032,80 et du 18 février 2002 d'un montant inconnu du Tribunal.

Elles sont en corrélation avec la FIVETE qu'elle a subie.

Ces prestations ont fait l'objet de trois décomptes datés des 20 septembre, 15 octobre 2001 et 18 février 2002.

4. Dès réception de la première facture, l'intimée a refusé de prendre en charge les médicaments prescrits par le docteur de Candolle.

5. Les parties ont échangé une correspondance nourrie, la recourante exigeant le remboursement de ses frais, l'intimée persistant dans son refus de les honorer au motif qu'ils étaient en relation étroite avec la fécondation in vitro.

6. En date du 25 février 2002, l'intimée a rendu une décision refusant les factures relatives au traitement subi par la recourante au motif que l'exclusion de la prise en charge par les assureurs-maladie de la fécondation in vitro comprend l'ensemble des mesures aboutissant à un tel traitement.

7. La recourante a formé opposition par courrier recommandé du 3 avril 2002.

8. La caisse-maladie a rendu une décision sur opposition le 18 avril 2002. Suite à une demande de renseignements médicaux à son médecin-conseil, tous les médicaments et le matériel figurant sur les factures adressées par la recourante sont en relation directe avec la fécondation in vitro.

L'assureur-maladie n'a aucune obligation de les honorer.

9. Par courrier recommandé posté le 24 mai 2002, la recourante a saisi le Tribunal de céans d'un recours contre la décision sur opposition précitée.

La stérilité et les troubles de la fertilité constituent une atteinte à la santé qui a valeur d'une maladie. L'Organisation mondiale de la santé considère l'impossibilité d'avoir des enfants comme une maladie. Les chances de succès d'avoir un enfant par tentative de fécondation in vitro s'élève à 15 %. La mesure est reconnue scientifiquement et elle est appropriée.

La décision de l'intimée entrave également la liberté individuelle de la recourante et viole le principe d'égalité de traitement puisqu'elle réserverait le traitement de la fécondation in vitro exclusivement aux couples financièrement à l'aise.

La décision de la caisse-maladie constitue également une inégalité de traitement de la mesure où des médicaments figurant sur la liste des spécialités ne sont pas pris en charge dans un contexte particulier, en l'espèce la fécondation in vitro, alors qu'ils le sont dans d'autres cas de figure.

La recourante a conclu à ce que le tribunal de céans dise que les médicaments relatifs à la fécondation in vitro soient pris en charge par l'intimée et notamment ceux relatifs aux décomptes du 15 octobre 2001 et 18 avril 2002.

10. L'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition. Sur la base de la délégation de compétences prévue par la loi sur l'assurance-maladie, le Conseil fédéral a établi la liste des prestations fournies par des médecins dont les coûts

n'étaient pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins ou ne l'étaient qu'à certaines conditions. La fécondation in vitro et le transfert d'embryons sont mentionnés comme n'étant pas obligatoirement à la charge de l'assurance. La recourante ne conteste pas avoir subi une FIVETE. En conséquence, elle n'a pas droit au versement des prestations d'assurance-maladie qui sont en relation étroite avec sa fécondation in vitro.

EN DROIT

1. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56C litt. a de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 - LOJ - E 2 05; art. 86 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 - LAMal - RS 832.10).
2. Le présent litige porte sur la prise en charge d'une série de factures de pharmacie en relation avec une fécondation in vitro.

L'assurance obligatoire des soins prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal-RS 832.10) prend en charges les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (article 25 alinéa 1). Ces prestations sont définies aux articles 25 à 31 de cette loi, et les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux articles 25 à 33 (article 34 alinéa 1 LAMal).
3. Les articles 32 et suivants LAMal régulent les conditions et l'étendue de la prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins. Selon l'article 32 LAMal, les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques (alinéa 1). L'efficacité doit être démontrée par des méthodes scientifiques. L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique sont réexaminés périodiquement (alinéa 2).
4. Selon l'article 33 alinéa 3 LAMal, le Conseil fédéral détermine dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût d'une prestation nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation. En vertu de l'article 33 de l'ordonnance sur l'assurance maladie du 27 juin 1995 (OAMal-RS

832.102) et comme l'y autorise l'article 33 alinéa 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué à son tour au département fédéral de l'intérieur (ci-après: le département) les compétences susmentionnées. Celui-ci a fait usage de cette sous-délégation en promulguant, le 20 septembre 1995 l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS-RS 832.112.31). Cette ordonnance détermine notamment les prestations visées par l'article 33 lettres a et c OAMal - dispositions qui reprennent textuellement les règles posées aux alinéas 1 et 3 de l'article 33 LAMal - dont l'assurance-maladie obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans conditions, ou ne les prend pas en charge.

5. Il incombe ainsi au Conseil fédéral de dresser une liste "négative" des prestations qui ne répondraient pas aux critères posés par l'article 32 LAMal ou qui n'y répondraient que partiellement ou sous condition.
6. La réglementation de la LAMal repose ainsi sur le principe de la liste. Ayant pour but de fixer précisément le catalogue légal des prestations, ce principe de la liste découle d'un système voulu par le législateur, selon l'article 34 LAMal, comme complet et contraignant dès lors qu'il s'est agi d'une assurance obligatoire financée en principe par des primes égales (article 76 LAMal). En dehors de ces listes, il n'y a pas d'obligation de prise en charge par la caisse-maladie (MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, p.50 ss).
7. Selon l'annexe 1 à l'OPAS, la fécondation in vitro et le transfert d'embryons (FIVETE) est mentionné comme n'étant pas obligatoirement à la charge de l'assurance, selon les décisions des 28 août 1986/1er avril 1994. La révision de l'OPAS et de son annexe, selon les nouvelles des 9 juillet 1998 (RO 1998 2923), 29 juin 1999 (RO 2517), 10 juillet 2000 (RO 2000 2546), 9 juillet 2001 (RO 2001 2150) et 9 décembre 2002 (RO 2002 4253) n'ont apporté aucune modification à cet égard.
8. Dans son arrêt du 4 février 1999 dans la cause époux F. contre Concordia assurance (ATF 125 V 21), le Tribunal fédéral des assurances a jugé dans une affaire de FIVETE qu'il examine en principe librement la légalité des dispositions d'application prises par le Conseil fédéral. Les dispositions adoptées par le département n'échappent pas au contrôle du juge, sous l'angle de leur légalité et de leur constitutionnalité. Lorsqu'il se

prononce sur une ordonnance du Conseil fédéral fondée sur une délégation du Parlement (ou sur une ordonnance d'un département fédéral en cas de sous-délégation du Conseil fédéral), le Tribunal fédéral des assurances doit se borner à examiner si les dispositions incriminées sortent manifestement du cadre de la délégation de compétences donnée par le législateur à l'autorité exécutive ou si pour d'autres motifs, elles sont contraires à la loi ou à la Constitution. Dans l'examen auquel il procède, le juge ne doit toutefois pas substituer sa propre appréciation à celle de l'autorité (ATF124 11 245,124 V15,123 11 44) .

Dans ce système de liste, le juge n'a pas la possibilité d'en étendre le contenu par un raisonnement analogique (RAMA1988 no U 61 p.449 consid. 1; MAURER op.cit.,p.50). L'établissement de cette liste requiert le concours de commissions consultatives de spécialistes. Le Tribunal fédéral des assurances, pour sa part, ne dispose pas de connaissances nécessaires pour se faire une opinion sur la question sans recourir à l'avis d'experts. Or, sous l'angle médical les avis de la commission des prestations sont propres à assurer au contenu de la liste une certaine homogénéité, qui ne serait donc plus garantie en cas de complètement de cette liste par le juge (ATF 124 V 195).

Le Tribunal Fédéral a jugé que le Conseil fédéral et le département ont fait un usage régulier de la compétence que leur confère la loi si bien qu'il n'y a pas place pour une substitution d'appréciation.

9. Par conséquent, les prestations faisant l'objet des décompte des 20 septembre 2001 (factures OFAC du 21 août 2001) d'un montant de CHF 1'141,50 et celles faisant l'objet du décompte de 15 octobre 2001 (factures OFAC du 19 septembre 2001) d'un montant de CHF 1'032,80 ne sont pas à la charge de l'intimée.

Il sera précisé que le décompte concernant la facture OFAC du 18 février 2002 ne sera pas traité ici dans la mesure où il n'a pas fait l'objet de la décision de la caisse-maladie du 25 février 2002.

10. En tout point mal fondé, le recours sera rejeté.

Vu la nature du litige, aucun émolument ne sera perçu (art. 89G LPA).

PAR CES MOTIFS
le Tribunal administratif
à la forme :

déclare recevable le recours interjeté le 24 mai 2002 par Madame _____ S_____ contre la décision d'Intras assurances du 18 avril 2002;

au fond :

le rejette;

dit qu'il n'est pas perçu d'émolument;

dit que, conformément aux articles 97 et suivants de la loi fédérale d'organisation judiciaire, le présent arrêt peut être porté, par voie de recours de droit administratif, dans les trente jours dès sa notification, auprès du Tribunal fédéral des assurances. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne;

Madame _____ S_____ communique le présent arrêt à _____ ainsi qu'à Intras assurances et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Siégeants : M. Thélin, président, M. Schucani, Mme Bonnefemme, juges.

Au nom du Tribunal administratif :
la greffière-juriste adj. : le président :

M. Tonossi

Ph. Thélin

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le

la greffière :

Mme N. Mega