

VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 1225 vom 14. Dezember 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-12-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__1225

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 1225 du 14 décembre 2011

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 1225 del 14 dicembre 2011

Regeste

LISTE DES SPÉCIALITÉS, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE, ÉNUMÉRATION, IMPLANTATION D'UNE PROTHÈSE MAMMAIRE, PROTHÈSE DENTAIRE, TROUBLES DU SOMMEIL | 25 al. 2 LAMal, 32 al. 1 LAMal

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 14.12.2011 Arrêt / 2011 / 1225

LISTE DES SPÉCIALITÉS, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE, ÉNUMÉRATION, IMPLANTATION D'UNE PROTHÈSE MAMMAIRE, PROTHÈSE DENTAIRE, TROUBLES DU SOMMEIL | 25 al. 2 LAMal, 32 al. 1 LAMal

TRIBUNAL CANTONAL AM 28/11 - 75/2011 ZE11.024563 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 14 décembre 2011 _____ Présidence de M. Métral, juge unique

Greffière : Mme Berberat ***** Cause pendante entre : R. _____, à Lausanne,

recourant, représenté par Me Roberto Izzo, avocat à Lausanne, et Caisse Y. _____, assurance maladie et accident, à [...], intimée. _____ Art. 25 al. 2, 32 al. 1

LAMal E n f a i t : A. a) R. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1952, est assuré pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal auprès de la Caisse Y. _____,

assurance maladie et accident (ci-après : la Caisse), depuis le 1^{er} janvier 2005. En 2010, il était également au bénéfice de la catégorie d'assurance [...], assurance complémentaire des frais de médecine anthroposophique, médecine chinoise, homéopathie, thérapie neurale et phytothérapie, sans risque accident. L'assuré a adressé à la Caisse une demande de remboursement d'une facture de 1'497 fr. datée du 27 janvier 2010, de l'hôpital

W. _____, faisant suite à une facture du même montant et de la même date émanant de l'entreprise T. _____ relative à la confection d'une prothèse d'avancement mandibulaire

(ci-après : PAM). La Caisse a répondu à cette demande par courrier du 22 juin 2010. Elle y mentionnait qu'il ne lui était pas possible de participer aux soins dentaires précités dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Par lettre du 12 février 2011, l'assuré a écrit à la Caisse pour lui signifier qu'il n'acceptait pas ses explications et lui a demandé, si elle

entendait persister dans son refus de rendre une décision formelle avec indication des voies de droit. L'intéressé a joint à ce courrier un rapport de polygraphie de contrôle du 26 novembre 2010 du Centre du sommeil de l'hôpital W. _____, ainsi qu'un certificat

médical du 17 janvier 2011 du Dr C. _____, médecin-associé au service de pneumologie de l'hôpital W. _____, qui a notamment exposé ce qui suit à propos du traitement du

syndrome d'apnées du sommeil par une prothèse d'avancement mandibulaire : "Suite à la découverte d'une ischémie de votre nerf optique par le Dr B. _____, celui-ci vous a

adressé au Centre du sommeil à la recherche d'une cause d'hypoxémie nocturne. La polygraphie respiratoire que vous avez effectuée du 16 au 17 octobre 2009 a mis en

évidence un nombre pathologique d'apnées et d'hypopnées du sommeil avec un index horaire à 26.8/h (norme < 5/h). Après avoir revu les différentes options thérapeutiques, à savoir un traitement par CPAP nocturne ou une prothèse d'avancement mandibulaire, nous avons convenu de vous adresser au Docteur M. _____, ORL, pour s'assurer de l'absence de contre-indications à ce traitement. Le Docteur M. _____ a organisé la confection de ce dispositif que vous avez reçu en juin 2010. Vous vous êtes rapidement adapté au port de cette prothèse d'avancement mandibulaire avec un effet favorable sur votre ronflement selon votre épouse. Dans la nuit du 26 au 27 novembre 2010, nous avons effectué une polygraphie de contrôle sous prothèse d'avancement mandibulaire afin de s'assurer de l'efficacité de ce dispositif. On observe alors une diminution de plus de 50 % du nombre d'apnées-hypopnées avec un index qui passe de 26.8/h à 13.3/h actuellement sous traitement. Vu ce résultat très encourageant, nous avons convenu que vous adapteriez votre prothèse d'avancement mandibulaire afin qu'elle permette une protusion mandibulaire plus importante dans le but de diminuer encore davantage les apnées-hypopnées résiduelles". b) Le 3 mars 2011, la Caisse a rendu une décision formelle refusant la prise en charge demandée, considérant notamment ce qui suit : "A ce propos, nous devons vous informer que le Tribunal fédéral des assurances s'est prononcé dans une situation analogue le 22 juillet 2004. Il a jugé que ce matériel n'avait pas à être financé par l'assurance obligatoire des soins, du fait de son absence de la liste exhaustive des moyens auxiliaires et appareils (LiMA), partie intégrante de la LAMal. En conséquence et indépendamment des arguments pourtant pertinents que vous invoquez, nous n'avons donc pas la possibilité d'imputer le coût de ce matériel à votre assurance de base. Une assurance complémentaire aurait, en revanche, permis une participation aux frais que vous avez engagés". L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a formé opposition contre cette décision par courrier du 1^{er} avril 2011. Il a conclu à la prise en charge intégrale du traitement de son mandant, en faisant notamment valoir que la PAM est plus économique que l'appareil CPAP figurant dans la LiMA. Il a en outre produit le 20 mai 2011, une copie du bulletin de livraison du 27 janvier 2010 de l'entreprise T. _____ relatif à la confection de la prothèse. c) Par décision sur opposition du 14 juin 2011, la Caisse a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 3 mars 2011, qu'elle a confirmée, sans frais ni dépens. Après avoir rappelé la teneur de l'art. 25 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10), elle a indiqué que dans une jurisprudence récente (ATF 137 V 31, 136 V 84 et 9C_827/2009), le Tribunal fédéral avait confirmé le refus de prise en charge d'une PAM (gouttière de type Michigan) pour le traitement d'une apnée du sommeil. B. a) Par acte de son mandataire du 12 juillet 2011, R. _____ recourt contre cette décision sur opposition, en concluant à l'annulation de la décision attaquée et à la prise en charge par la Caisse d'un traitement de l'apnée du sommeil, en particulier au remboursement d'un montant de 1'497 fr. en relation avec la confection d'une prothèse d'avancement mandibulaire. Le recourant critique l'ensemble des références jurisprudentielles citées par la Caisse, puisqu'elles concernent un problème d'orthodontie et non une question d'apnée du sommeil. Il soutient qu'à une lecture réductrice et stricte de la LiMA, il convient d'opposer une réflexion plus large et surtout bien davantage en adéquation avec l'esprit de la LAMal, en favorisant toujours le traitement le moins cher et le plus efficace dès lors qu'il est reconnu scientifiquement. Le Dr C. _____ a ainsi pu démontrer, dans le cadre d'une comparaison des coûts sur une période de trois ans de traitement, que les coûts de l'appareil nCPAP s'avèrent rapidement supérieurs à ceux d'un traitement par PAM. Enfin, le recourant soutient que la LiMA n'a pas force de loi et qu'elle serait contraire à l'art. 32 LAMal,

puisqu'elle favoriserait un traitement plus coûteux. b) Dans sa réponse du 5 septembre 2011, l'intimée conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. c) Dans sa réplique du 4 novembre 2011, le recourant rappelle qu'un traitement contre l'apnée du sommeil figure actuellement dans la liste LiMA, par le biais d'un appareil nCPAP. Son recours vise dès lors à substituer le traitement précité par celui d'une PAM. La prise de position de l'intimée aboutit non seulement à un résultat absurde, puisqu'il favorise un traitement plus cher et dont il n'est pas établi que son efficacité serait supérieure, mais également contraire à ses intérêts, puisque l'intimée serait appelée à rembourser l'intégralité du traitement le plus coûteux dans la mesure où ce dernier figure dans la LiMA. E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le présent litige porte sur la prise en charge par la Caisse, au titre de l'assurance obligatoire des soins, de la confection d'un appareil buccal d'avancement mandibulaire destiné à prévenir et combattre l'apnée du sommeil (facture du 27 janvier 2010 de l'entreprise T. _____). a) Conformément à l'art. 25 al. 2 LAMal, les prestations dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (art. 25 al. 1 LAMal) comprennent – notamment – les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire par des médecins (art. 25 al. 2 let. a ch. 1 LAMal), ainsi que 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 soient efficaces, appropriées et économiques, conformément aux exigences 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. D'après l'art. 33 al. 3 LAMal, le Conseil fédéral détermine également dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour les compétences susmentionnées (art. 33 al. 5 LAMal en relation avec l'art. 33 let. a et c OAMal), a promulgué l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS; RS 832.112.31). Conformément à l'art. 1 OPAS, l'annexe 1 à cette ordonnance énumère les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal - dispositions qui reprennent textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal -, qui ont été examinées par la Commission des prestations générales de l'assurance-maladie et dont l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les

prend pas en charge. 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, à la différence du catalogue de certaines prestations fournies par les médecins de l'Annexe 1 à l'OPAS (cf. ATF 129 V 167, consid. 3.4 p. 172). Tant la liste des analyses (LAna; art. 25 al. 2 let. b, 52 al. 1 let. a ch. 1 LAMal, 34 et 60 à 62 OAMal, 28 OPAS et Annexe 3 de l'OPAS), que la liste des appareils et moyens (LiMA; art. 25 al. 2 let. b, 52 al. 1 let. a ch. 3 LAMal, 33 let. e OAMal, 20 à 24 OPAS et Annexe 2 de l'OPAS) et la liste des spécialités, soit la liste des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés, avec prix (art. 25 al. 2 let. b, 52 al. 1 let. b LAMal, 34 et 64 à 75 OAMal, 30 à 38 OPAS) constituent des listes positives de prestations. Celles-ci ont pour caractéristique d'être à la fois exhaustives et contraignantes, 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 (TFA K 55/05 du 24 octobre 2005). 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, d'appareil, de moyen ou encore de produit thérapeutique si elle n'est pas mentionnée dans la LAna, respectivement la LiMA ou la liste des spécialités. En particulier, même si un médicament, qui ne figure pas sur la liste des spécialités (ou la liste des médicaments avec tarif) est prescrit par un médecin et est efficace, approprié et économique (au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal), il n'a pas à être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (ATF 134 V 83, consid. 4.1; TFA K 55/05 du 24 octobre 2005). b) En l'espèce, il est constant que la prestation en cause soit la prothèse d'avancement n'est pas mentionnée dans la LiMA et ne correspond pas à la description d'un groupe de produits mentionné dans ladite liste (cf. art. 20 al. 1 OPAS). En conséquence, compte tenu du caractère positif et exhaustif de la liste précitée, ce produit ne correspond pas à une prestation à la charge de l'assurance-maladie obligatoire et ne saurait se substituer à un appareil nCPAP (masque s'appliquant en général par l'intermédiaire du nez durant le sommeil afin d'obtenir une pression positive constante dans les voies respiratoires, qui sont maintenues dégagées). Par ailleurs, contrairement à l'opinion de l'assuré, il n'y a pas lieu d'examiner si la prothèse précitée remplit les exigences d'efficacité, d'adéquation et du caractère économique de l'art. 32 al. 1 LAMal. En effet, dès lors que ce produit ne figure pas comme médicament dans la liste des spécialités, respectivement, en tant que dispositif médical comme moyen ou appareil dans la LiMA, correspondant ainsi à la catégorie de prestations visée par l'art. 25 al. 2 let. b LAMal, l'assureur-maladie est en droit d'opposer un refus à l'assuré quand bien même il est prescrit par un médecin et est efficace, approprié et économique. Il n'appartient ainsi pas à l'assureur, dans un tel cas, d'examiner si les conditions de l'art. 32 al. 1 LAMal sont ou non remplies. 3. Le recourant soutient enfin que la LiMA n'a pas force de loi et qu'elle serait contraire à l'art. 32 LAMal, puisqu'elle favoriserait un traitement plus coûteux. Sur ce point, le TFA a relevé que dans le cadre du contrôle de la légalité et de la constitutionnalité des ordonnances du Conseil fédéral ou du DFI, il est en principe habilité à examiner le contenu d'une liste de maladies à prendre en considération ou de prestations (ATF 131 V 338). Toutefois, il s'impose une grande retenue dans cet examen. D'une part, il ne dispose pas des connaissances nécessaires pour se faire une opinion sur la question sans recourir à l'avis d'experts. D'autre part, l'ordonnance, souvent révisée, peut être corrigée à bref délai par le DFI (ATF 129 V 173, consid. 3.4 in fine, 124 V 195, consid. 6). Par ailleurs, dans le système de la liste, le juge n'a pas la possibilité d'en étendre le contenu par un raisonnement analogique (cf. RAMA 1988 n° U 61 p. 449, consid. 1). Un complément reste en revanche possible, lorsque l'énumération donnée par la liste n'est pas exhaustive, ce

qui n'est pas le cas en l'espèce. On relèvera au surplus que le rejet d'une prothèse d'avancement mandibulaire dans la liste des spécialités a déjà fait l'objet de plusieurs arrêts du Tribunal fédéral (ATF 136 V 84; 137 V 31; TFA K 101/03 du 22 juillet 2004; TF 9C_827/2009 du 25 février 2010 [gouttière de type Michigan]). 4. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 45 LPA-VD et art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, le juge unique prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 14 juin 2011 par la Caisse Y. _____, assurance maladie et accident, est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. Le juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ Me Roberto Izzo (pour le recourant), avocat à Lausanne, ■ Caisse Y. _____, assurance maladie et accident, à [...], - Office fédérale de la santé publique (OFAS), à Berne, 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.