

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 232 vom 23. Dezember 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-12-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2011\\_\\_232](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__232)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 232 du 23 décembre 2010

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 232 del 23 dicembre 2010

### Regeste

LISTE DES SPÉCIALITÉS | 25 al. 2 LAMal, 32 al. 1 LAMal

### Erwägungen

#### E. 23

décembre 2010 \_\_\_\_\_ Présidence de M. Abrecht, juge unique Greffière : Mme Desscan \*\*\*\*\* Cause pendante entre : A.I. \_\_\_\_\_, à Lutry, recourante, représentée par son époux B.I. \_\_\_\_\_, à Lutry et U. \_\_\_\_\_, à Carouge, intimée. \_\_\_\_\_ Art.

#### E. 25

al. 2 let. b LAMal à la charge de l'assurance obligatoire des soins. 2.6 Au vu de ce qui précède, il n'y pas de raison de transmettre le cas de l'opposante à un médecin-conseil spécialisé en ophtalmologie puisque ce médicament ne figure pas dans la liste des spécialités et n'est donc pas à charge de l'assureur-maladie. » C. a) L'assurée, représentée par son mari B.I. \_\_\_\_\_ au bénéfice d'une procuration signée le 13 juin 2010, a recouru par acte du 14 juin 2010 contre cette décision sur opposition, en concluant à sa réforme en ce sens que la Caisse doit lui rembourser les achats du médicament Hyabak à concurrence d'un montant total de 127 fr. 30 à ce jour, ainsi que les achats futurs de ce médicament aussi longtemps que la Dresse S. \_\_\_\_\_ le prescrira. Elle demande en outre une indemnité de 20 fr. à titre de remboursement de frais forfaitaires (frais postaux, de photocopies, etc.). b) Dans un complément spontané du 30 juin 2010 à son recours, la recourante fait encore valoir que ses infections oculaires (conjonctivite), pour lesquelles la Dresse S. \_\_\_\_\_ lui a prescrit dès 2009 le médicament Hyabak qui a permis de guérir de manière sûre ces infections, par une prévention réfléchie et adéquate, remontent à 2003 et constituent donc une affection chronique. Relevant qu'elle est obligée de continuer à prendre le médicament Hyabak de manière régulière pour éviter toute nouvelle infection, la recourante estime qu'elle a droit au remboursement de ce médicament, prescrit par un médecin reconnu. c) Dans un deuxième complément spontané du 12 juillet 2010 à son recours, la recourante expose que l'intimée ne lui a transmis qu'en date du 14 juin 2010 un avis de son médecin-conseil, le Dr [...], spécialiste FMH en médecine interne, du 11 juin 2010, dont la teneur est la suivante : « La prescription du médicament Haybak® n'est pas contestée par le médecin-conseil au plan médical. Ce dernier s'est borné à signaler à l'assureur que le produit incriminé ne fait pas partie de la Liste des Spécialités ce qui s'oppose à sa prise en charge par l'AOS, en dehors de toute appréciation qualitative du traitement ordonné. » La recourante indique que cet avis n'a aucune valeur à ses yeux, dans la mesure où il ne compte que cinq lignes, n'émane pas d'un spécialiste FMH en ophtalmologie et ne fait état d'aucune recherche spécifique sur l'affection précise dont elle souffre. d) Dans sa réponse du 11 août 2010, l'intimée expose que selon la jurisprudence, même si un médicament, qui

ne figure pas sur la liste des spécialités, 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). Or en l'espèce, le médicament Hyabak ne figure pas dans la liste des spécialités, ce qui est d'ailleurs admis par l'ophtalmologue de la recourante, la Dresse S. \_\_\_\_\_, dans une attestation médicale du 4 juin 2010 produite à l'appui du recours ; par conséquent, il ne constitue pas une prestation à charge de l'assurance-maladie obligatoire. L'intimée conclut dès lors au rejet du recours, sans frais ni dépens. e) Le 12 août 2010, le juge instructeur a informé les parties que, l'instruction étant complète, la cause était gardée à juger. 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<sup>er</sup> 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. 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 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 (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832.102) (ATF 134 V 83, consid. 4.1 ; ATF 129 V 167, consid. 3.2). 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, à la différence du catalogue de certaines prestations fournies par les médecins qui constitue l'annexe 1 à l'OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations de l'assurance des soins, RS 832.112.31) (ATF 134 V 83 consid. 4.1 ; ATF 129 V 167 consid. 3.4). b) Tant la liste des analyses (LA ; art. 25 al. 2 let. b et 52 al. 1 let. a ch. 1 LAMal, art. 34 et 60 à 62 OAMal, art. 28 OPAS et annexe 3 de l'OPAS) que la liste des appareils et moyens (LiMA ; art. 25 al. 2 let. b et 52 al. 1 let. a ch. 3 LAMal, art. 33 let. e OAMal, art. 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 et 52 al. 1 let. b LAMal, art. 34 et 64 à 75

OAMal, art. 30 à 38 OPAS) constituent des listes positives de prestations ; celles-ci ont pour caractéristiques 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 (ATF 134 V 83 consid. 4.1 ; TFA K 55/05 du 24 octobre 2005 ; cf. TF 9C\_766/2008 du 15 juillet 2009, consid. 3.1). c) La prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire d'une prestation correspondant à une analyse, un appareil ou un moyen, ou encore un produit thérapeutique, suppose en principe que l'analyse, respectivement le moyen, l'appareil ou le médicament en cause, figure dans la LA, respectivement la LiMA ou la liste des spécialités ; 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 ou de moyen, ou encore de produit thérapeutique, qui n'est pas mentionnée dans la LA, respectivement la LiMA ou la liste des spécialités (ATF 134 V 83, consid. 4.1 et les nombreux arrêts cités). En particulier, même si un médicament, qui ne figure pas sur la liste des spécialités, 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 ; ATF 128 V 159 consid. 3b/bb ; Gebhard Eugster, *Krankenversicherung*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2 e éd. 2007, p. 513 ch. 347 et les nombreux arrêts cités). d) En l'espèce, il est constant que le médicament Hyabak ne figure pas dans la liste des spécialités. En conséquence, compte tenu du caractère positif et exhaustif de cette liste, ce médicament ne correspond pas à une prestation à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. C'est ainsi à tort que la recourante reproche à l'intimée de n'avoir pas tenu compte du diagnostic et de l'attestation médicale de la Dresse S.\_\_\_\_\_. En effet, dès lors qu'un médicament ne figure pas sur la liste des spécialités, il n'a pas à être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, quand bien même il est prescrit par un médecin et est efficace, approprié et économique. Il n'appartient pas à l'assureur, dans un tel cas, d'examiner si les conditions de l'art. 32 al. 1 LAMaI sont ou non remplies. L'intervention du médecin-conseil de l'intimée était dès lors superflue, de sorte que les griefs soulevés à cet égard par la recourante tombent à faux. D'ailleurs, dans son avis du 11 juin 2010, ledit médecin-conseil, le Dr [...], spécialiste FMH en médecine interne, a précisé qu'il ne contestait pas la prescription du médicament Hyabak sur le plan médical et qu'il s'était borné à signaler à l'assureur que le produit en question ne faisait pas partie de la liste des spécialités, ce qui s'opposait à sa prise en charge par l'assurance obligatoire des soins en dehors de toute appréciation qualitative du traitement ordonné. 3. 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 17 mai 2010 par U.\_\_\_\_\_ 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 : ■ M. B.I.\_\_\_\_\_ (pour A.I.\_\_\_\_\_) ■ U.\_\_\_\_\_ - Office fédérale de la santé publique (OFAS) 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.