

VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 345 vom 13. Juni 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-06-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2013__345

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 345 du 13 juin 2013

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 345 del 13 giugno 2013

Regeste

AM, ORTHOPHONIE | 24 LAMal, 34 al. 1 LAMal, 10 OPAS

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (cf. 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 (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, interjeté dans le respect du délai – compte tenu des fêtes de fin d'année (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA) – et des autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art 2 al.1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales, statuant comme juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le litige porte sur la prise en charge par A. _____, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, des frais afférents au traitement logopédique suivi par le recourant du 23 novembre au 20 décembre 2011.

E. 3

a) Selon l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34. A ce titre, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 (cf. art. 34 al. 1 LAMal). b) Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins assume les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens et

traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (cf. art. 25 al. 2 let. a ch. 3 LAMal). Les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques; l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (cf. art. 32 al. 1 LAMal). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (cf. art. 32 al. 2 LAMal). c) Selon l'art. 33 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral désigne en détail les prestations prévues à l'art. 25 al. 2 LAMal, qui ne sont pas fournies par un médecin ou un chiropraticien. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour la compétence susmentionnée (cf. art. 33 al. 5 LAMal en relation avec l'art. 33 let. b OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102]), a réglé aux art. 5 à 11 OPAS les conditions de prise en charge des prestations fournies sur prescription ou mandat médical. Plus particulièrement, l'art. 10 OPAS énonce que les logopédistes-orthophonistes traitent, sur prescription médicale, les patients souffrant de troubles du langage et de la parole, de l'articulation, de la voix ou du débit ayant une des causes suivantes : a. atteinte cérébrale organique par infection, par traumatisme, comme séquelle post-opératoire, par intoxication, par tumeur ou par troubles vasculaires; b. affections phoniatriques (par exemple malformation labio-maxillo-palatine partielle ou totale; altération de la mobilité bucco-linguo-faciale ou du voile du palais d'origine infectieuse ou traumatique ou comme séquelle post-opératoire; dysphonie hypo- ou hyperfonctionnelle; altération de la fonction de larynx d'origine infectieuse ou traumatique ou comme séquelle post-opératoire). L'assurance prend en charge, par prescription médicale, au plus douze séances de thérapie logopédique, dans une période de trois mois au maximum depuis la prescription médicale (cf. art. 11 al. 1 OPAS). Une nouvelle prescription médicale est nécessaire pour la prise en charge d'un plus grand nombre de séances (cf. art. 11 al. 2 OPAS).

E. 4

En l'espèce, l'intimée considère que la thérapie logopédique suivie par l'assuré du 23 novembre au 20 décembre 2011 ne relève pas de l'une des causes mentionnées à l'art. 10 OPAS et ne peut dès lors être prise en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins. De son côté, le recourant conteste cette appréciation, faisant notamment valoir que son cas tombe dans le champ d'application de l'art. 10 let. b OPAS. a) A l'examen des certificats médicaux du Dr L. _____ des 22 novembre 2011, 5 juin 2012 et 18 juillet 2012, on constate que le recourant présente des troubles du langage résultant de séquelles de dyslexie ainsi qu'une importante dysorthographe, affections ayant motivé l'instauration de la thérapie logopédique litigieuse. Or, un traitement logopédique ne peut être pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins que s'il est dû à l'une des causes catégorisées de manière exhaustive à l'art. 10 let. a et b OPAS (cf. consid. 3c supra; cf. TFA K 143/04 du 11 avril 2005 consid. 7). A cet égard, le texte de l'ordonnance est clair : seules peuvent être prises en considération les atteintes cérébrales organiques ou les affections phoniatriques (cf. TFA K 143/04 précité, loc. cit.). Cela étant, force est de constater qu'en l'occurrence, il n'a pas été allégué – ni a fortiori démontré – que les séquelles de dyslexie et la dysorthographe évoquées par le Dr L. _____ pourraient s'inscrire dans le contexte d'une lésion cérébrale organique d'origine infectieuse, traumatique, post-opératoire, toxique, tumorale ou vasculaire au sens de l'art. 10 let. a OPAS. Par ailleurs, même s'il est vrai que l'art. 10 let. b OFAS contient une liste non exhaustive de différentes formes d'affections phoniatriques (cf. TFA K 143/04 précité loc. cit.), ainsi que l'a relevé le recourant (cf.

opposition du 11 septembre 2012 p. 2 et mémoire de recours du 28 janvier 2013 p. 2), il n'en demeure pas moins que les séquelles de dyslexie et la dysorthographe présentées par ce dernier ne relèvent pas de troubles de la phonation en tant que tels, puisque n'affectant pas les capacités de l'assuré sur le plan strictement vocal, mais procèdent uniquement de difficultés dans l'acquisition du langage écrit. On notera encore, au surplus, qu'il ne ressort aucunement de la décision du 11 juillet 2012 ni de la décision sur opposition du 14 décembre 2012 que l'intimée aurait assimilé la dyslexie à une atteinte justifiant une prise en charge selon l'art. 10 OPAS, contrairement à ce que soutient le recourant (cf. opposition du 11 septembre 2012 et mémoire de recours du 28 janvier 2013). Partant, attendu que l'existence d'une atteinte cérébrale organique au sens de l'art. 10 let. a OPAS ou d'une affection phoniatrique relevant de l'art. 10 let. b OPAS n'est pas donnée en l'occurrence, on ne saurait reprocher à l'intimée d'avoir refusé de prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire de soins, le traitement logopédique du recourant pour la période du 23 novembre au 20 décembre 2011, cela quand bien même cette thérapie aurait eu des effets bénéfiques pour l'intéressé. b) Peu importe, par ailleurs, que l'assureur Z. _____ ait pris en charge les coûts de la thérapie logopédique pour 2012. Il est vrai que le principe d'égalité de traitement, consacré à l'art. 8 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101), commande que le juge traite de la même manière des situations semblables et de manière différente des situations dissemblables (cf. ATF 131 V 107 consid. 3.4.2 et les arrêts cités). Toutefois selon la jurisprudence, le principe de la légalité de l'activité administrative prévaut sur celui de l'égalité de traitement. Par conséquent, le justiciable ne peut généralement pas invoquer une inégalité devant la loi, lorsque celle-ci est correctement appliquée à son cas, alors qu'elle aurait été fausement, voire pas appliquée du tout, dans d'autres cas (cf. ATF 134 V 34 consid. 9 et les références). Cela suppose cependant, de la part de l'autorité dont la décision est attaquée, la volonté d'appliquer correctement à l'avenir les dispositions légales en cause. Autrement dit, le justiciable ne peut prétendre à l'égalité dans l'illégalité que s'il y a lieu de prévoir que l'administration persévéra dans l'inobservation de la loi. Encore faut-il que les situations à considérer soient identiques ou du moins comparables (cf. ATF 126 V 390 consid. 6a, 116 V 231 consid. 4b, 115 Ia 81 consid. 2 et les références citées). Si le recourant se prévaut de la pratique adoptée à son endroit par l'assureur Z. _____ en 2012, il n'en demeure pas moins que cette pratique ne saurait toutefois être imputée à l'intimée, ni lier cette dernière (cf. TFA I 804/02 du 7 juillet 2003 consid. 4; cf. André Grisel, Traité de droit administratif, vol. I, Neuchâtel 1984, p. 362 § b). Au demeurant, il n'est pas établi que l'intimée se serait une fois ou l'autre, sur ce point, écartée du droit en vigueur. Enfin, rien n'indique que l'application erronée de la loi par l'assureur Z. _____ pour le traitement logopédique entrepris en 2012 reflète une pratique généralisée et admise par l'autorité fédérale de surveillance, à savoir l'Office fédéral de la santé publique, dont la tâche est de veiller à une application uniforme du droit. Le moyen soulevé n'est dès lors pas fondé. c) Le recourant allègue en outre qu'initialement, au cours d'un entretien téléphonique, A. _____ se serait prononcée en faveur de la prise en charge du traitement litigieux sur simple présentation d'un certificat médical. Ce faisant, l'intéressée se prévaut – implicitement – de la jurisprudence relative à la protection de la bonne foi en cas de renseignements erronés (sur cette notion, cf. notamment ATF 131 II 627 consid. 6.1). L'argument ainsi invoqué par le recourant ne lui est toutefois d'aucun secours. En effet, rien au dossier ne vient étayer ses allégations sur le sujet. Bien plus, celles-ci sont formellement contestées par l'intimée dans sa duplique du 22 avril 2013. Au demeurant, on peut s'étonner que le recourant se soit gardé

de soulever un tel grief au cours de la procédure administrative mais ne l'ait invoqué que dans le cadre de sa réplique du 20 mars 2013. Dans ces conditions, dès lors qu'il n'est pas démontré – au degré de la vraisemblance prépondérante – qu'une quelconque garantie ait été fournie par l'intimée quant à la prise en charge des frais médicaux en cause, il s'ensuit que le droit à la protection de la bonne foi n'entre pas en considération. d) En définitive, la décision sur opposition du 14 décembre 2012 s'avère conforme au droit en tant qu'elle refuse de prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, le traitement logopédique suivi par l'assuré du 23 novembre au 20 décembre 2011.

E. 5

a) Au vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite pour les parties (cf. art. 61 let. a LPGA). N'obtenant pas gain de cause, le recourant n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD par renvoi de l'art. 99 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la juge unique prononce : I. Le recours déposé le 28 janvier 2013 par M. _____ est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 14 décembre 2012 par A. _____ Caisse-maladie est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La juge unique :

La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ B. _____ (pour M. _____), ■ Me Andrea Lanz Müller (pour A. _____ Caisse-maladie), - 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.