

## **VD\_GERICHTE ZE13.003500 vom 13. Juni 2013**

VD Tribunal cantonal, 2013-06-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZE13.003500](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE13.003500)

FR: VD\_GERICHTE ZE13.003500 du 13 juin 2013

IT: VD\_GERICHTE ZE13.003500 del 13 giugno 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 11**

septembre 2012. En substance, il a fait valoir que l'art. 10 let. b OPAS contenait une liste non exhaustive d'atteintes justifiant un traitement logopédique à la charge de l'assurance-maladie, et que cette disposition lui était applicable. Il a ajouté que la décision du 11 juillet 2012 se référait à la dyslexie comme à une atteinte justifiant une prise en charge selon l'art. 10 OPAS. Il s'est par ailleurs prévalu d'un certificat médical du Dr L. \_\_\_\_\_ du 18 juillet 2012, au contenu identique à celui établi par ce même médecin en date du 5 juin 2012. Dans un compte-rendu du 19 septembre 2012, le Dr T. \_\_\_\_\_ a repris les observations formulées dans son avis du 6 juillet précédent. Par décision sur opposition du 14 décembre 2012, A. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 11 juillet 2012. La Caisse s'est pour l'essentiel ralliée à l'appréciation de son médecin-conseil et a relevé, en outre, que l'opposition du 11 septembre 2012 n'apportait aucun nouvel élément en faveur de la prise en charge du traitement logopédique litigieux par l'assurance obligatoire des soins. C. Représenté par son père, M. \_\_\_\_\_ a recouru le 28 janvier 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et à ce que l'intimée prenne en charge le traitement logopédique ayant eu lieu entre le 23 novembre et le 20 décembre 2011. Sur le fond, le recourant reprend la motivation développée dans son opposition du 11 septembre 2012 et observe de surcroît que l'assureur Z. \_\_\_\_\_, auquel il a été affilié pour l'assurance obligatoire des soins en 2012, a pris en charge les séances de logopédie pour cette période-là. A cet égard, il produit un décompte de prestations établi le 3 mai 2012 par Z. \_\_\_\_\_, dont il résulte qu'un montant de 263 fr. 25 a été versé par cet assureur pour les séances de logopédie intervenues du 10 janvier au 12 mars 2012. En outre, parmi les autres pièces annexées au recours, figurent notamment deux

- 5 - autorisations pour un traitement logopédique à la charge du Département de la formation, de la jeunesse et de la culture, l'une datée du 6 octobre 2009 (valable du 6 octobre 2009 au 30 septembre 2010) et l'autre du 27 septembre 2010 (valable du 1er octobre 2010 au 30 septembre 2011). Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimée, par l'entremise de son mandataire, en a proposé le rejet par réponse du 28 février 2013. Elle relève en particulier que même si la thérapie logopédique réalisée entre le 23 novembre et le 20 décembre 2011 a pu s'avérer bénéfique pour le recourant, il demeure que les conditions d'une prise en charge des frais de traitement, telles qu'énoncées à l'art. 10 OPAS, ne sont pas remplies en l'occurrence. Elle ajoute que dans la mesure où l'on ne peut prétendre à l'égalité de traitement dans l'illégalité, le recourant n'est donc pas fondé à invoquer le fait qu'une autre caisse-maladie ait pris en charge des frais médicaux au mépris des dispositions légales applicables. Dans sa réplique du 20 mars 2013, le recourant soutient en substance que lorsque l'autorisation de traitement logopédique délivrée par le Département de la

formation, de la jeunesse et de la culture est arrivée à échéance le 30 septembre 2011, la logopédiste a préconisé la poursuite de la prise en charge et conseillé de s'adresser en ce sens à l'assurance A.\_\_\_\_\_, laquelle, contactée par téléphone, a alors répondu favorablement sous réserve d'un certificat du pédiatre, et n'a pas évoqué l'art. 10 OPAS. Aux termes de sa duplique du 22 avril 2013, l'intimée explique qu'il est toujours demandé aux assurés de remettre les documents nécessaires pour qu'une requête de prise en charge des coûts puisse être examinée. Cela étant, elle conteste que des garanties de prise en charge aient pu être fournies par téléphone, et ce également en ce qui concerne le recourant. E n d r o i t :

- 6 - 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). 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).

- 7 - 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. 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.

- 8 - 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). 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.

- 9 - 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

- 10 - 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

- 11 - 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. 5. a) Au vu de 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

- 12 - 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 p r o n o n c e : 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

- 13 - 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.