

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 septembre 2009

Présidence de M. DIND
Juges : Mme Thalmann et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

B.A_____, à [...], recourant, représenté par **B.B**_____, à [...]

et

CAISSE-MALADIE A._____, à Lausanne, intimée.

Art. 12 al. 1 et 14 al. 1 LAI; 24, 25 et 27 LAMal; 10 OPAS

E n f a i t :

A. a) B.A._____ (ci-après: recourant), né le [...] 1988, a déposé, le 23 mars 2001, une demande de prise en charge, par l'assurance-invalidité, des mesures médicales, qu'il a débutées en 1999. Cette demande a été rejetée par décision du 11 mars 2003 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, au motif qu'il n'était pas prouvé que les troubles présentés par le recourant risquaient d'entraîner de graves séquelles invalidantes entravant la capacité de gain futur.

b) Le 19 mai 2005, le Dr N._____, spécialiste FMH en neuropédiatrie et pédiatrie, à [...], a établi une prescription de logopédie, selon l'art. 10 OPAS (ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie; RS 832.112.31). Cette prescription mentionnait comme diagnostic médical des troubles d'élocution et une dyslexie dysorthographe. Ce praticien a rempli le 31 octobre 2005 un rapport médical. Ces documents ont été envoyés à la caisse-maladie A._____; assureur auquel le recourant était affilié, depuis 1996, pour l'assurance obligatoire des soins.

Le 15 novembre 2005, la caisse-maladie A._____ a répondu au recourant que les raisons médicales, invoquées dans le rapport du 31 octobre 2005, ne correspondaient pas aux critères de l'OPAS et que, dès lors, elle ne prendrait pas le cas en charge. Le 10 avril 2008, le père du recourant a adressé à la caisse-maladie A._____ un bilan logopédique, daté du 22 janvier 2008, et a souligné que l'Etat de Vaud avait payé, sur la base de la loi en vigueur depuis début 2008, les séances de logopédie du recourant jusqu'à ses 20 ans.

La caisse-maladie A._____ a soumis le cas à son médecin-conseil le 18 avril 2008 (avec préavis de refus), lequel a demandé un rapport au médecin traitant. Ce dernier a répondu le 13 mai 2008, indiquant, d'une part, que l'intéressé souffrait de trouble envahissant du développement et de trouble de l'apprentissage du langage écrit et,

d'autre part, qu'une prise en charge logopédique avait eu lieu jusqu'en avril 2008. Suite à ce complément, le médecin-conseil de SWICA a jugé, dans un avis du 22 avril 2008, que l'affection dont souffrait le recourant ne correspondait à aucune affection prévue à l'art. 10 OPAS.

B. **a)** En date du 22 mai 2008, la caisse-maladie A._____ a informé le recourant qu'en raison de modifications légales entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, elle ne pourrait pas prendre en charge le traitement logopédique - comme cela aurait été le cas avant l'entrée en vigueur de ces modifications, où l'assurance-maladie prenait le relais de l'assurance-invalidité, lorsque la prise en charge par celui-ci prenait fin. En effet, une prise en charge par l'assurance-maladie requérait que les conditions mentionnées à l'art. 10 OPAS fussent réunies; or, en l'espèce, tel n'était pas le cas (cf. A.b supra).

En réponse à la lettre de la caisse-maladie A._____ du 25 mai 2008, le recourant - par l'intermédiaire de son père - a fait valoir que les cours de logopédie avaient été pris en charge par l'assurance-invalidité pendant sa scolarité obligatoire et, ensuite, par le canton jusqu'à sa majorité. Il se demandait alors pour quelle raison la caisse-maladie A._____ refusait de verser ses prestations.

b) Le 2 juin 2008, conformément aux motifs communiqués dans son courrier du 22 mai 2008, la caisse-maladie A._____ a rendu une décision refusant la prise en charge du traitement logopédique requis.

Le 26 juin 2008, le recourant - représenté par son père, B.B_____ - a fait opposition à la décision de la caisse-maladie A._____ du 2 juin 2008. Le 5 septembre 2008, la caisse-maladie A._____ a rendu sa décision sur opposition, laquelle a rejeté l'opposition et a confirmé la décision du 2 juin 2008.

C. Le recourant - par l'intermédiaire de son père - a interjeté recours contre la décision sur opposition de la caisse-maladie A._____ du 5 septembre 2009 auprès du Tribunal des assurances.

Le juge instructeur a demandé au recourant de préciser ses conclusions; ce qu'il a fait en temps utile par écriture du 22 juin 2009. Le recourant demande principalement le renvoi du dossier à la caisse-maladie A._____ pour nouvelle instruction, subsidiairement la prise en charge de tous les frais afférents à sa logopédie, depuis sa majorité. Le recourant invoque la nouvelle réglementation relative à la formation scolaire spéciale de l'assurance-invalidité, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008.

La caisse-maladie A._____, interpellée, n'a pas fait valoir de nouveaux arguments.

E n d r o i t :

1. A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui a succédé au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La Cour doit statuer à trois juges, la valeur litigieuse paraissant supérieure à 30'000 fr. (art. 94 LPA-VD *a contrario*).

Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. a) aa) L'art. 12 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) – dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 – dispose que l'assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation professionnelle ou à sa réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable. L'art. 14 al. 1 LAI – dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 – précise que la logopédie et la thérapie psychomotrice ne font pas partie des mesures médicales prévues à l'art. 12 al. 1 LAI.

En l'espèce, le traitement logopédique ne pouvait être pris en charge par l'assurance-invalidité en raison du fait non seulement que le recourant était âgé de plus de 20 ans à la date de la décision entreprise, mais également que la logopédie ne pouvait plus être prise en charge, depuis le 1^{er} janvier 2008, sur la base de l'art. 12 al. 1 LAI (cf. art. 14 al. 1 LAI).

bb) En ce qui concerne la poursuite de la prise en charge par l'assurance-maladie des traitements de l'intéressé pris en charge, jusqu'aux 20 ans de celui-ci, par l'assurance-invalidité (cf. B.a supra), l'art. 27 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10) prévoit qu'une telle poursuite ne peut avoir lieu qu'en cas d'infirmité congénitale – c'est-à-dire en cas d'atteinte, présente à la naissance accomplie de l'enfant, à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 3 LPGa) – non couverte par l'assurance-invalidité. Dans ces circonstances, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie.

En l'état actuel du dossier, une infirmité congénitale du recourant ne peut être établie. Il convient cependant de déterminer si les

autres conditions prévues à l'art. 27 LAMal, lesquelles correspondent aux conditions de prise en charge des coûts en cas de maladie (art. 24 ss LAMal), sont, en l'espèce, satisfaites.

b) aa) 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. Conformément à l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, au domicile du patient, en milieu hospitalier ou dans un établissement médicosocial par des médecins, des chiropraticiens ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (al. 2).

En vertu de l'art. 96 LAMal, le Conseil fédéral est chargé de l'exécution de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité. Il édicte des dispositions à cet effet. A cette fin, le Conseil fédéral a arrêté l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102). Compte tenu de l'art. 33 de cette ordonnance, lequel dispose que le département compétent désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations visées à l'art. 25 al. 2 LAMal qui ne sont pas fournies par les médecins ou les chiropraticiens, le Département fédéral de l'intérieur a édicté l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832.112.31).

Selon l'art. 10 OPAS, seuls les traitements de logopédistes-orthophonistes, prescrits par un médecin, concernant des patients souffrant de troubles du langage et de la parole, de l'articulation, de la voix ou du débit, dont la cause est soit une atteinte cérébrale organique par infection, par traumatisme, comme séquelle post-opératoire, par intoxication, par tumeur ou par troubles vasculaires, soit une affection phoniatrique (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 du larynx d'origine infectieuse ou traumatique ou comme séquelle post-opératoire), sont pris en charge par l'assurance obligatoire (cf. art. 25 al. 2 LAMal).

bb) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports établis par les médecins des assureurs, ou à une expertise confiée par l'assureur à un médecin indépendant, aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en doute leur bien-fondé (ATF 125 V 351, cons. 3b/bb et 3b/ee).

cc) En l'espèce, selon l'avis du 22 avril 2008 du médecin-conseil de la caisse-maladie A._____, le recourant ne souffrait d'aucune de ces affections. Au demeurant, le bilan logopédique transmis le 10 avril 2008 par le père du recourant, la réponse du Dr N._____ du 13 mai 2008, faisant suite à la demande de renseignements de la caisse-maladie A._____, ainsi que les autres documents communiqués par ce médecin (cf. A.b supra) ne permettent pas d'établir que le recourant souffre d'une de ces affections. En effet, ces pièces ne font mention que de troubles d'élocution, d'une dyslexie dysorthographe, de trouble envahissant du développement et de trouble de l'apprentissage du langage écrit; or, ces troubles ne correspondent pas, d'un point de vue médical, à l'une des affections mentionnées à l'art. 10 OPAS.

Au vu de ce qui précède et compte tenu du fait que le recourant n'a pas été en mesure d'établir qu'il souffre d'une des affections prévues à l'art. 10 OPAS –aucun document d'ordre médical dans ce sens n'ayant été produit et les questionnaires soumis au Dr N._____ ne faisant état, notamment, que d'un trouble du développement et de l'apprentissage du langage écrit (cf. A.b supra) –, il convient de retenir que l'affection dont souffre le recourant ne fait pas partie de celles mentionnées à l'art. 10 OPAS.

Par voie de conséquence, les prestations nécessitées par l'état de santé du recourant ne sont pas couvertes par l'art. 25 al. 2 LAMal et ne sont ainsi pas prises en charge par l'assurance obligatoire (art. 25 al. 1 LAMal). Le recourant ne peut dès lors se fonder ni sur l'art. 24 LAMal ni sur l'art. 27 LAI pour prétendre à la prise en charge des coûts de son traitement logopédique par l'assurance-maladie obligatoire. L'art. 27 LAI étant en tout état de cause inapplicable, il s'avère inutile de déterminer si le recourant souffrait d'une infirmité congénitale (cf. 2.a/bb supra).

c) Le fait que le canton de Vaud ait payé les séances de logopédie du recourant jusqu'aux 20 ans de celui-ci (cf. A.b supra) - l'assurance-invalidité avait, quant à elle, refusé l'octroi de mesures médicales - ne lie en aucun cas l'assurance-maladie. En effet, en l'espèce, aucune disposition légale n'impose une poursuite de la prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire des coûts ayant été pris en charge par le canton. Au demeurant, l'existence d'une telle obligation n'a pas été rendue vraisemblable par le recourant.

d) En définitive, la décision entreprise se révèle conforme au droit en tant qu'elle refuse la prise en charge du traitement logopédique du recourant par l'assurance-maladie obligatoire.

3. Il résulte de ce qui précède que, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Le présent arrêt doit être rendu sans frais de justice ni dépens (art. 91 et 99 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision attaquée est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président:

Le greffier:

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à:

- B.A. _____,
- Caisse-maladie A. _____,
- 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).

Le greffier: