

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 octobre 2012

---

Présidence de       Mme     BRÉLAZ BRAILLARD, juge unique  
Greffière         :     Mme     Berberat

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,  
avocat-conseil de l'Association suisse des assuré(e)s (Assuas), à Lausanne,

et

**CAISSE X.** \_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 25 et 46 LAMal; 7 al. 2 let. b ch. 10 OPAS**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1936, est assurée auprès de la Caisse X.\_\_\_\_\_ (ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Par certificat médical du 15 juillet 2010, le Prof K.\_\_\_\_\_, chef du service de dermatologie et vénéréologie de l'hôpital R.\_\_\_\_\_, a prescrit à l'assurée trois séances de pédicure, soit les 20 et 31 mai 2010, ainsi que le 15 juillet 2010, sa patiente souffrant d'hyperkératose plantaire.

Par courrier du 3 août 2010 adressé au Prof. K.\_\_\_\_\_, la Caisse X.\_\_\_\_\_ s'est déterminée comme suit par rapport à la demande de prise en charge de ces séances :

"(...) l'assurance obligatoire des soins rembourse les frais de pédicure uniquement aux diabétiques et si le traitement a été prodigué par du personnel soignant spécialisé (par ex des infirmiers/ères indépendants/tes qui ont adhéré au contrat conclu entre leur association et les assureurs-maladie) ou par une association de soin à domicile.

Par contre, des prestations sont possibles par l'intermédiaire de l'assurance complémentaire des soins [...] et [...], pour autant que les conditions suivantes soient remplies :

- Le traitement est effectué par un podologue faisant partie de l'une des associations reconnues. Ce dernier est au bénéfice d'une formation complémentaire obtenue dans le cadre d'un séminaire sur le diabète.
- Le podologue est mentionné sur la liste des podologues reconnus par notre assurance.
- Nous avons en notre possession une ordonnance médicale avec indication du diagnostic précis.
- Le tarif horaire ne dépasse pas le maximum de CHF 90.-.
- La facture est établie sur la base du formulaire convenu avec l'association".

Suite à l'envoi de factures, la Caisse X.\_\_\_\_\_ a réitéré son refus de prise en charge par courriers des 31 août, 10 septembre, 14 octobre, 22 novembre et 14 décembre 2010.

Par décision sur opposition du 30 mai 2011, confirmant une décision du 11 janvier 2011, la Caisse X. \_\_\_\_\_ a refusé la prise en charge des frais relatifs à des séances de pédicure dispensées par Madame F. \_\_\_\_\_, podologue, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. En effet, l'indication au diabète n'était pas remplie et les soins avaient été prodigués par une podologue qui n'était pas un fournisseur de prestations habilité à pratiquer à charge de l'assurance-maladie.

**B.** Par acte de son mandataire du 24 juin 2011, A. \_\_\_\_\_ recourt contre la décision sur opposition du 30 mai 2011. Elle conclut principalement à la réforme de la décision attaquée, en ce sens que l'assureur est tenu de prendre en charge les soins de pédicure, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. La recourante précise que les séances de pédicure se sont essentiellement déroulées à l'hôpital R. \_\_\_\_\_, à l'exception d'une ou deux séances fixées récemment directement au cabinet de pédicure et que les hôpitaux sont expressément admis en qualité de fournisseurs de prestations par l'art. 35 al. 2 let. h LAMal. La recourante soutient en outre qu'aucune raison objective ne justifie de prendre en charge les soins de pédicure prodigués dans le cadre d'un traitement aux diabétiques et de refuser de le faire dans le cadre d'une autre infection, en l'occurrence l'hyperkératose, dont la gravité est incontestable et incontestée. La recourante se prévaut ainsi d'une violation des principes d'égalité de traitement et d'interdiction de l'arbitraire.

Dans sa réponse du 19 août 2011, l'intimée propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Elle précise que si l'hôpital est considéré comme un prestataire reconnu au sens de la LAMal, cela ne suffit pas à l'autoriser à établir des factures pour n'importe quel acte.

Dans ses déterminations du 30 août 2011, la recourante persiste dans ses conclusions considérant qu'il n'est pas décisif que la thérapeute soit ou non reconnue, dans la mesure où les soins ont été

fournis par un fournisseur de prestations explicitement reconnu, en l'occurrence l'hôpital R.\_\_\_\_\_.

### **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 [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10]). 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. 56 al. 1 et 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).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La loi cantonale sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 (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). La valeur litigieuse étant 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 litige porte sur la prise en charge par l'intimée, au titre de l'assurance obligatoire des soins, des frais de traitement dispensé par une pédicure dans le cas d'une hyperkératose plantaire. Les éventuelles prestations de l'assurance-maladie complémentaire ne relèvent pas de la compétence de la Cour de céans.

L'intimée a retenu que si la prestation de pédicure en cas de diabète était déclarée obligatoire conformément à l'art. 7 al. 2 let. b ch. 10 OPAS, les autres diagnostics étaient exclus de plein droit en raison du caractère exhaustif de la liste. En outre, le terme de pédicure ne figurait pas dans la liste des prestataires au sens de l'art. 46 OAMal. La recourante soutient que les soins ont été essentiellement dispensés à l'hôpital R. \_\_\_\_\_ sur prescription médicale, raison pour laquelle ils doivent être pris en charge. Elle critique en outre la condition liée au diabète contenue à l'art. 7 al. 2 let. b ch. 10 OPAS, en faisant valoir que la gravité de la pathologie dont elle souffre, est incontestable et incontestée.

**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 (art. 34 al. 1 LAMal).

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour la compétence mentionnée (art. 33 al. 5 LAMal en relation avec l'art. 33 let. b de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 [OAMal; RS 832.102]), a énuméré à l'art. 7 al. 2 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS; RS 831.112.31) les catégories de prestations que l'assurance obligatoire des soins prend en charge (évaluations et conseils [dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011], examens et traitements, soins de base), lesquelles sont exhaustives (ATF 131 V 178 consid. 2.2.3 p. 185; décision du Conseil fédéral du 9 mars 1998, in RAMA 1998 KV n° 28 p. 180 consid. 3 p. 184). Il en va de même du catalogue des examens et traitements de l'art. 7 al. 2 let. b ch. 1 - 14 OPAS (TF K 141/06 du 10 mai 2007 consid. 3.2.2, dans lequel est citée par inadvertance la let. d [inexistante] au lieu de la let. b et ne sont pas mentionnés les ch. 13 et 14 entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2007). Il n'est pas possible de créer une nouvelle prestation qui entrerait (sous un chiffre séparé) dans la catégorie des examens et traitements au

sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS (TF 9C\_62/2009 du 27 avril 2010 consid. 4.3.1).

**b)** Quel que soit son niveau de gravité, l'hyperkératose (atteinte dermatologique se traduisant par une augmentation de la couche cornée de l'épiderme pouvant entraîner des complications (mal perforant plantaire, infection ou amputation), notamment en cas de perte de la sensibilité (complication fréquente du diabète sucré), ne permet pas à elle seule d'entraîner la prise en charge du coût de soins pédicures en vertu de l'art. 7 al. 2 let. b ch. 10 OPAS. Si les soins de pédicure font partie des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, ils sont en effet limités aux diabétiques. En l'espèce, la recourante n'ayant pas démontré qu'elle souffrait de diabète, il y a lieu de nier la prise en charge des soins pédicures par l'assurance obligatoire des soins. Pour ce motif déjà, le recours doit être rejeté.

**c)** La recourante avance toutefois le principe de l'égalité de traitement et de l'interdiction de l'arbitraire, estimant qu'il ne se justifie pas de limiter la prise en charge des soins pédicures aux personnes souffrant de diabète. Selon l'art. 8 al. 1 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst. féd.; RS 101), tous les êtres humains sont égaux devant la loi. Selon la jurisprudence, une loi viole le principe de l'égalité lorsqu'elle établit des distinctions juridiques qui ne se justifient par aucun motif raisonnable au regard de la situation de fait à régler ou lorsqu'elle omet de faire des distinctions qui s'imposent au vu des circonstances, c'est-à-dire lorsque ce qui est semblable n'est pas traité de manière identique et ce qui est dissemblable ne l'est pas de manière différente (ATF 129 I 346). Il faut que le traitement différent ou semblable injustifié se rapporte à une situation de fait importante (ATF 129 I 113 consid. 5.1 avec renvoi). L'inégalité de traitement apparaît ainsi comme une forme particulière d'arbitraire, consistant à traiter de manière inégale ce qui devrait l'être de manière semblable ou inversement (ATF 131 I 394 consid. 4.2 et les références citées). Dans ce cadre constitutionnel et en respectant l'interdiction de l'arbitraire, le législateur dispose d'une grande liberté de réglementation.

En l'occurrence, il sied de retenir que, quelles que soient les raisons qui ont poussé les auteurs de l'ordonnance à inclure le diabète comme condition pour la prise en charge de soins pédicures, on ne voit pas que cette solution soit contraire à l'art. 8 Cst. ou sorte du cadre de la délégation du législateur. Néanmoins, le fait que les soins de pied sont d'une importance majeure chez les patients atteints de diabète afin d'empêcher la survenue de plaies chroniques invalidantes pouvant mener à l'amputation (réponse du Conseil fédéral du 23 mai 2012 en réponse à la motion n°12.3111), justifie déjà, à lui seul, cette limitation. Par ailleurs, le catalogue des prestations repose sur une consultation préalable de la Commission fédérale des prestations générales, qui se fonde sur des considérations médicales (TF 9C\_259/2008 du 28 novembre 2008 consid. 4.2). Sous l'angle médical, les avis de la commission sont propres à assurer au contenu du catalogue une certaine homogénéité, qui ne serait donc plus garantie en cas de complètement de ce catalogue par le juge (dans ce sens ATF 124 V 195 consid. 6). En d'autres termes, il y a lieu de considérer que le Conseil fédéral et le DFI ont fait un usage régulier de la compétence que leur confère la loi si bien qu'il n'y a pas de place pour substituer une autre appréciation à celle de l'autorité compétente qui s'est fondée, au demeurant, sur l'avis de spécialistes.

**4.** Dans un dernier moyen, la recourante soutient que la pédicure podologue qui lui a prodigué des soins doit être considérée comme un fournisseur de prestations reconnu par la LAMal, dans la mesure où les séances ont essentiellement eu lieu à l'hôpital R. \_\_\_\_\_ sur prescription médicale.

**a)** Selon 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 notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat

médical (art. 25 al. 2 LAMal). 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. La réglementation de la LAMal repose ainsi sur le principe de la liste. Ayant pour but de fixer précisément le catalogue légal des prestations, le principe de la liste découle d'un système voulu par le législateur, selon l'art. 34 LAMal, comme complet et contraignant dès lors qu'il s'agit d'une assurance obligatoire financée en principe par des primes égales (art. 76 LAMal). En dehors des listes, il n'y a pas d'obligation de prise en charge par la caisse-maladie (cf. sur la portée du système légal des listes : ATF 130 V 540 consid. 3.4 et les références, 129 V 167).

**b)** S'agissant du cas des pédicures podologues, le Conseil fédéral, dans sa réponse du 30 novembre 1998 à la motion n°98.3481 (Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale, disponible sur [http://www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch\\_id=19983481](http://www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=19983481)), a rappelé que la Commission fédérale des prestations générales avait conseillé, en mai 1998, de ne pas reconnaître les pédicures-podologues comme des prestataires à titre indépendant de l'assurance-maladie sociale, comme le demandait le Conseil de l'Union des Associations romandes de pédicure-podologues. Bien que leur formation réponde aux critères fixés, la Commission a appliqué un principe qu'elle a établi pour l'examen de l'admission de tout nouveau prestataire : celui de n'intégrer une nouvelle profession que lorsque la prestation n'est pas fournie par des professionnels compétents déjà admis. Elle a donc estimé qu'il n'était pas nécessaire d'intégrer une nouvelle profession, puisque la prestation pouvait être fournie aux assurés par des infirmières et infirmiers et que, de plus, les pédicures-podologues pouvaient exercer dans une organisation de soins à domicile ou dans un établissement médicosocial. En d'autres termes, en dehors des structures précitées, les pédicures podologues ne sont pas considérés comme un fournisseur de prestations reconnu par la LAMal, dans la mesure où ils ne figurent pas sur la liste des fournisseurs de prestations étant admis à pratiquer à la charge de l'AOS sur prescription médicale (art. 46 et ss OAMal). Conscient que l'OPAS ne soumet les infirmiers ainsi que le personnel des organisations

d'aide et de soins à domicile et des établissements médico-sociaux à aucune exigence de qualification pour ce type de soins, le Conseil fédéral a récemment accepté d'examiner les possibilités d'élargir la liste des fournisseurs de prestations figurant aux art. 46 et ss. OAMal en y intégrant les pédicures-podologues, sans toutefois remettre en cause la limitation de la prise en charge aux patients diabétiques (Bulletin officiel de l'Assemblée générale disponible sur [http://www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch\\_id=20123111](http://www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20123111)).

**b)** En l'occurrence, la recourante ne saurait prétendre à la prise en charge du coût des prestations fournies par Madame F.\_\_\_\_\_, podologue, cette dernière n'étant pas considérée comme un fournisseur de prestations reconnu par la LAMal.

**5.** Au vu de ce qui précède, la décision attaquée n'est pas critiquable et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite pour les parties (art. 61 let. a LPGA). N'obtenant pas gain de cause, la recourante n'a pas droit à des dépens (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 est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 30 mai 2011 par la Caisse X. \_\_\_\_\_ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat-conseil de l'Assuas, à Lausanne (pour la recourante),
- Caisse X. \_\_\_\_\_ (intimée), à [...],
- Office fédéral de la santé publique, 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 :