

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 janvier 2014

---

Présidence de       Mme     BERBERAT  
Juges     :       Mmes    Röthenbacher et Di Ferro Demierre  
Greffier    :       Mme     Matile

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, au [...], recourant, représenté par Axa-Arag, Protection juridique,  
à Zurich,

et

**U.**\_\_\_\_\_ **ASSURANCE-MALADIE SA**, Droit & Compliance, à Lucerne,  
intimée.

---

**Art. 24 ss LAMal, 33 al. 2 LAMal; 10 let. a et b OPAS, 11 OPAS**

**E n f a i t :**

**A.** J. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le 15 avril 1992, est atteint de trisomie 21. Il est assuré auprès d'U. \_\_\_\_\_ Assurance-Maladie SA (ci-après: U. \_\_\_\_\_ Assurance-Maladie SA) pour l'assurance obligatoire des soins depuis sa naissance, ainsi que pour diverses assurances complémentaires.

Dès 2008, il a suivi des séances de logopédie auprès de Madame H. \_\_\_\_\_, logopédiste et myothérapie. Il a bénéficié de 17 séances de logopédie en 2008, de 22 séances en 2009 et de 30 séances en 2010.

Les factures de logopédie de Madame H. \_\_\_\_\_ ont été adressées à la caisse-maladie.

En date du 9 juin 2010, le Dr W. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré a adressé au Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin-conseil d'U. \_\_\_\_\_ Assurance-Maladie SA, un rapport, ainsi qu'un courrier du 25 mai 2010 de Madame H. \_\_\_\_\_ au sujet de la nécessité de la poursuite du traitement et de sa prise en charge par U. \_\_\_\_\_ Assurance-Maladie SA. Madame H. \_\_\_\_\_ précisait ainsi que l'assuré présentait des troubles de la mobilité bucco-linguo-faciale nécessitant notamment la mise en place de tous les phonèmes de la langue par des exercices phonétiques et touchant le domaine sensori-moteur (position de chaque phonème dans la sphère oro-faciale).

Invité à se déterminer, le Dr C. \_\_\_\_\_ a, en date du 19 juillet 2010, préavisé positivement la prise en charge des séances déjà facturées et suivies uniquement. Il a par contre préavisé négativement la poursuite du traitement.

Par courrier du 13 octobre 2010, U. \_\_\_\_\_ Assurance-Maladie SA a informé l'assuré qu'elle refusait de prendre en charge les séances de

logopédie au-delà du 31 octobre 2010, la poursuite de ce traitement ne justifiant pas une valeur de maladie sur le long terme. Elle l'a confirmé par décision du 18 juillet 2011.

L'assuré ayant contesté la décision précitée, U.\_\_\_\_\_ Assurance-Maladie SA a invité le Dr C.\_\_\_\_\_ à se déterminer. Par avis médical du 20 janvier 2012, le médecin-conseil a confirmé sa position.

Par décision sur opposition du 13 mars 2012, U.\_\_\_\_\_ Assurance-Maladie SA a confirmé sa décision du 18 juillet 2011.

**B.** Par acte de son mandataire du 16 avril 2012, J.\_\_\_\_\_ recourt contre la décision sur opposition rendue par l'intimée le 13 mars 2012. Il conclut à son annulation et, après instruction, à la prise en charge par U.\_\_\_\_\_ Assurance-Maladie SA du traitement de logopédie dès le 1<sup>er</sup> novembre 2010 pour une durée indéterminée. Il allègue que ses progrès portent notamment sur le fait d'oser s'exprimer, sur la capacité de s'exprimer, d'articuler, de moduler la voix (affections phoniatriques) et de déglutir. Il soutient que ce traitement n'a pas uniquement amélioré son intégration sociale comme le prétend à tort l'intimée, mais a également eu un effet sur son état de santé. Il estime que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire, raison pour laquelle il sollicite la production du dossier complet de l'intimée, ainsi que l'audition de plusieurs témoins.

Dans sa réponse du 9 mai 2012, l'intimée conclut au rejet du recours, se fondant sur l'avis médical du Dr C.\_\_\_\_\_ du 20 janvier 2012 (verbalisé le 3 mai 2012), lequel a la teneur suivante :

"M. J.\_\_\_\_\_ aura 20 ans cette année, la logopédie, selon mon dossier a été débutée en 2008 seulement, soit à l'âge de 16 ans ce qui traduit sans doute un dysfonctionnement d'importance modeste. En effet beaucoup de ces patients nécessitent des mesures très précoces, entre autre en raison des troubles de la déglutition. Néanmoins, l'assuré a bénéficié de nombreuses séances depuis dont 30 depuis 2010. Les rapports du médecin traitant et du logopédiste indiquent que des progrès considérables ont été faits mais ne comportent pas d'indications objectives concernant le potentiel éventuel de la poursuite du traitement. A presque 20 ans, considérant l'affection de base et au vu des différents rapports, j'ai évalué que les objectifs pour un tel patient étaient atteints. La

poursuite de la logopédie ne me semble plus relevé du domaine de l'AOS car les troubles résiduels tels qu'ils transparaissent dans les deux rapports ne sont plus suffisamment importants pour avoir valeur de maladie.

D'autre part la spécificité de la trisomie 21 ne relève pas strictement des critères d'indication à la logopédie tels qu'ils sont décrits dans l'art. 10 OPAS.

Par conséquent il me semble que l'assurance a déjà été généreuse de prendre en charge l'ensemble du traitement déjà effectué depuis 2008."

Dans ses déterminations du 3 juillet 2012, le recourant confirme sa requête tendant à l'audition de six témoins, ainsi que la production du dossier du médecin-conseil d'U. \_\_\_\_\_ Assurance-Maladie SA. Il sollicite enfin la fixation d'un délai "pour le commenter, voir pour déposer une expertise privée concernant la motivation de l'avis du médecin-conseil, ou pour proposer une expertise judiciaire".

Par courrier du 26 septembre 2012, le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin-conseil d'U. \_\_\_\_\_ Assurance-Maladie SA a transmis les courriers des 25 mai 2010 de H. \_\_\_\_\_ et 9 juin 2010 du Dr W. \_\_\_\_\_.

Le 7 janvier 2014, les parties ont été informées que le dossier avait été repris par un nouveau juge instructeur, les documents produits par U. \_\_\_\_\_ Assurance-Maladie SA par courrier du 26 septembre 2012 leur étant transmis pour information. Les parties ont aussi été avisées que, sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu durant le 1<sup>er</sup> trimestre 2014.

### **E n d r o i t :**

**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 [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 (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, formé dans le délai légal de trente jours dès sa notification (art. 60 al. 1 LPGA) compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA) et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA; art. 79 al. 1 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]), le recours est recevable.

**b)** La LPA-VD 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).

**2. a)** 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2008 – précise toutefois que la logopédie et la thérapie psychomotrice ne font pas partie des mesures médicales prévues à l'art. 12 al. 1 LAI.

**b)** En ce qui concerne la poursuite de la prise en charge par l'assurance-maladie des traitements d'un assuré qui auraient été assumés jusqu'aux 20 ans de celui-ci, par l'assurance-invalidité, l'art. 27 LAMal 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.

Cette disposition ne trouve toutefois pas application en l'espèce, dans la mesure où la trisomie 21 ne figure pas dans la liste des infirmités congénitales figurant en annexe de l'OIC (ordonnance sur les infirmités congénitales du 9 décembre 1985; RS 831.232.21), même si le Conseil fédéral a accepté le 6 décembre 2013 une motion (13.3720) allant dans ce sens. Toutefois, des mesures médicales peuvent être octroyées pour le traitement de symptômes isolés de cette atteinte, à condition qu'ils remplissent les critères d'une autre infirmité congénitale reconnue. Tel n'est pas le cas en l'espèce, le Dr W.\_\_\_\_\_ n'ayant pas évoqué une quelconque infirmité congénitale, se limitant à indiquer des "troubles ORL classiques qui se rencontrent dans le cadre de la trisomie 21" (cf. courrier du 9 juin 2010 à l'intimée).

**3.** En l'occurrence, le litige porte dès lors sur la prise en charge par U.\_\_\_\_\_ Assurance-Maladie SA, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, des frais afférents au traitement logopédique suivi par le recourant dès le 1<sup>er</sup> novembre 2010. Il sied de relever que la prise en charge antérieure au 1<sup>er</sup> novembre 2010 du traitement logopédique par U.\_\_\_\_\_ Assurance-Maladie SA n'est pas contestée par les parties.

**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, 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 (ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, RS 832.112.31) 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). Si une thérapie logopédique doit être poursuivie aux frais de l'assurance après un traitement équivalent à 60 séances d'une heure dans une période d'une année, le médecin traitant en réfère au médecin-conseil; il lui transmet une proposition dûment motivée concernant la poursuite de la thérapie. Le médecin-conseil propose de poursuivre ou non la thérapie aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure (cf. art. 11 al. 3 OPAS).

**4.** En l'espèce, après avoir assumé les coûts de plus de 69 séances de logopédie, l'intimée a refusé la poursuite de la prise en charge, le recourant ne remplissant plus les conditions de l'art. 32 LAMal. Dans le cadre de la procédure de recours, elle a en outre constaté que la thérapie logopédique suivie par l'assuré dès 2008 ne relevait pas de l'une des causes mentionnées à l'art. 10 OPAS et qu'elle ne pouvait dès lors pas 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 et que le traitement répond aux conditions de l'art. 32 LAMal.

**a)** A l'examen du rapport du 25 mai 2010 de Madame H. \_\_\_\_\_ à l'intention du médecin-conseil, on constate que le recourant présente des troubles de la mobilité bucco-linguo-faciale, affection 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 troubles de diction et de déglutition évoqués par le Dr W. \_\_\_\_\_ (rapport médical 9 juin 2010) 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. Certes, l'art. 10 let. b OPAS contient une liste non exhaustive de différentes formes d'affections phoniatriques (cf. TFA K 143/04 précité loc. cit.). Il n'en demeure pas moins que les troubles de la mobilité bucco-linguo-faciale tels que décrits par la logopédiste H. \_\_\_\_\_, s'ils sont clairement prévus par la disposition précitée, ne peuvent être pris en charge que s'ils sont d'origine infectieuse, traumatique ou post-opératoire. Tel n'est pas le cas en l'espèce, tant le Dr W. \_\_\_\_\_ que Madame H. \_\_\_\_\_ admettant que ces troubles sont classiques dans le cadre de la trisomie 21.

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 dès le 1<sup>er</sup> novembre 2010, cela quand bien même cette thérapie aurait eu des effets bénéfiques pour l'intéressé. On renoncera ainsi à examiner si le traitement logopédique ne répondait plus dès le 1<sup>er</sup> novembre 2010 aux critères de prise en charge de l'art. 32 LAMal, élément qui avait incité l'intimée à réexaminer le cas du recourant au cours de l'année 2010 conformément à l'art. 11 al. 3 OPAS.

**b)** Enfin, il n'est pas décisif que l'intimée ait pris en charge les coûts de la thérapie logopédique de 2008 au 31 octobre 2010. Le recourant n'a en effet pas démontré qu'il aurait pris des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer, l'intimée ayant informé l'assuré le 13 octobre 2010 de la fin de la prise en charge du traitement logopédique avec effet au 1<sup>er</sup> novembre 2010. On rappellera que l'intimée a admis

avoir pris en charge 69 séances de logopédie "à bien plaisir" (cf. réponse du 9 mai 2012, point 2.8). 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.

**c)** En définitive, la décision sur opposition du 13 mars 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 dès le 1<sup>er</sup> novembre 2010.

Au vu de ces constatations, les pièces du dossier se révèlent suffisantes pour statuer en pleine connaissance de cause, sans que l'administration d'autres preuves ne s'impose, par appréciation anticipée des preuves (ATF 134 I 140 consid. 5.3 p. 148; 131 I 153 consid. 3 p. 157 ; 130 II 425 consid. 2 p. 428 ; voir aussi par ex. TF 8C\_361/2009 du 3 mars 2010 consid 3.2 et 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il y a ainsi lieu de rejeter la requête d'audition de six témoins mentionnée dans le recours.

**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 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 Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 13 mars 2012 par U. \_\_\_\_\_ Assurance-Maladie SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Axa-Arag, Protection juridique (pour J. \_\_\_\_\_),
- U. \_\_\_\_\_ Assurance-Maladie SA,
- 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 :

