

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 novembre 2018

Composition : Mme DESSAUX, juge unique
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante,

et

A. _____, à [...], intimée,

Art. 25, 33 et 52 LAMal ; art. 82 LPA-VD

E n f a i t :

A. X._____, (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1972, est assurée auprès d'A._____ (ci-après : A._____, la caisse ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

Souffrant d'une incontinence urinaire totale, provoquée par une tuberculose de la vessie et nécessitant le port de protections TENA maxi ou super à raison de cinq exemplaires par vingt-quatre heures selon certificat médical du Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale, du 16 août 2017, l'assurée a requis la prise en charge par la caisse de onze factures pour l'achat d'aides pour l'incontinence entre le 5 janvier et le 31 juillet 2017, totalisant 2'307 fr. 50.

A._____ a pris totalement en charge les dix premières factures, sous déduction de la participation légale aux coûts, et partiellement la onzième facture de 423 fr. 05, soit à hauteur de 20 fr. 40, au motif que le montant annuel maximum de 1'844 fr. prévu par la LiMA (liste des moyens et appareils) pour le matériel d'incontinence totale était dépassé.

Par décision du 6 février 2018, confirmée sur opposition le 13 juillet 2018, la caisse a refusé à l'assurée la prise en charge des frais pour l'aide à l'incontinence au-delà du montant de 1'844 francs.

B. Notifiée à l'assurée le 17 juillet 2018, la décision sur opposition a fait l'objet d'un recours déposé le 14 septembre 2018 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Canton de Vaud par X._____. Celle-ci conclut à la prise en charge des frais pour l'aide à l'incontinence au-delà du quota annuel maximal. Elle reproche notamment à l'intimée son formalisme, considère que les statistiques portant sur l'ensemble des patients et des coûts, à l'origine des critères quantitatifs d'aide à l'incontinence, ne doivent pas léser le malade ou le patient, et

enfin qu'une disposition réglementaire constitue « une base de travail » laissant « une marge de décision selon la lecture et l'interprétation. »

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière l'assurance obligatoire des soins en cas de 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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA)

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent compte tenu des fêtes estivales (art. 93 let. a et 96 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Aux termes de l'art. 82 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1). Dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (al. 2).

b) Cette disposition est applicable en l'occurrence, le recours étant manifestement mal fondé pour les raisons exposées dans le considérant 4 ci-dessous.

3. La recourante reproche en substance à l'intimée d'avoir refusé, par formalisme et sans tenir compte des circonstances personnelles, la prise en charge d'aides pour l'incontinence, en l'occurrence de protections, au-delà du montant annuel maximal de 1'884 fr. prévu par la position n° 15.01.03.00.1 de la LiMA.

4. a) aa) Selon l'art. 25 al. 2 let. b LAMal, les prestations dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins comprennent notamment les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien.

Selon l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner en détail les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. S'agissant des prestations énumérées à l'art. 25 al. 2 let. b 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 corrélation avec les art. 33 let. e et 34 OAMal), a, à la différence du catalogue de certaines prestations fournies par les médecins de l'annexe 1 à l'OPAS (Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 ; RS 832.112.31), prévu un système dit de « liste positive » (ATF 129 V 167 consid. 3.4 p. 172). Tant la liste des analyses (LA ; art. 52 al. 1 let. a ch. 1 LAMal ; art. 34 et art. 60 à 62 OAMal ; art. 28 OPAS ; annexe 3 à l'OPAS) que la liste des médicaments avec tarifs (LMT ; art. 52 al. 1 let. a ch. 2 LAMal ; art. 34 et 63 OAMal ; art. 29 OPAS ; annexe 4 à l'OPAS), la liste des spécialités (LS ; art. 52 al. 1 let. b LAMal ; art. 34 et art. 64 à 75 OAMal ; art. 30 à 38 OPAS) et la liste des appareils et moyens (LiMA ; art. 52 al. 1 let. a ch. 3 LAMal ; art. 33 let. e OAMal ; art. 20 à 24 OPAS ; annexe 2 à l'OPAS) constituent des listes positives de prestations. Celles-ci ont pour caractéristique d'être à la fois exhaustives et contraignantes, parce que les assureurs-maladie ne peuvent, en vertu de l'art. 34 al. 1 LAMal, prendre en charge que les prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal. En d'autres termes, le système légal exclut la prise en

charge par l'assurance obligatoire des soins d'une prestation sous forme d'analyse, de médicament ou encore d'appareil ou de moyen, qui n'est pas mentionnée dans la LA, respectivement la LMT, la LS ou la LiMA (pour les appareils et moyens : ATF 136 V 84 consid. 2.2 p. 86 ; voir également TF 9C_216/2012 du 18 décembre 2012 consid. 2.2 *in* SVR 2013 KV n° 12 p. 60 ; 9C_92/2012 du 12 avril 2012 consid. 4.1 *in* SVR 2012 KV n° 19 p. 69 ; TFA K 157/00 du 5 novembre 2001 consid. 3b *in* RAMA 2002 n° KV 196 p. 7).

L'assurance obligatoire des soins octroie un remboursement pour les moyens et appareils thérapeutiques ou diagnostiques visant à surveiller le traitement d'une maladie et ses conséquences, remis sur prescription médicale par un centre de remise au sens de l'art. 55 OAMal et utilisé par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement (art. 20 OPAS). L'obligation de prise en charge et l'étendue de la rémunération des moyens et appareils sont définies par le DFI, après consultation de la Commission fédérale des analyses, moyens et appareils et conformément aux principes des art. 32 al. 1 et 43 al. 6 LAMal (art. 52 al. 1 let. a ch. 3 LAMal en corrélation avec les art. 33 let. e et 37f OAMal). Les moyens et appareils admis sont répertoriés dans la LiMA par nature et par groupe de produits (art. 20a al. 1 OPAS). L'admission sur la liste peut être assortie d'une condition limitative. Celle-ci peut notamment se rapporter à la quantité, à la durée d'utilisation, à l'indication médicale ou à l'âge de l'assuré (art. 22 OPAS). Les moyens et appareils ne sont remboursés que jusqu'à concurrence du montant fixé d'un moyen ou d'un appareil de la même catégorie qui figure sur la liste (art. 24 al. 1 OPAS; ATF 136 V 84 consid. 2.3.1 p. 87).

bb) Dans les aides pour l'incontinence au sens du chiffre 15 de la LiMA figure tout type de changes absorbants pour l'incontinence (n° 15.01 LiMA). Selon la position n° 15.01.03.00.1 de la LiMA, le matériel pour l'incontinence totale (y compris les condoms urinaires) est pris en charge à hauteur de 1'884 fr. par an (prorata).

Pour pouvoir être reconnus comme prestations au titre de l'art. 25 al. 2 let. b LAMal, les moyens et appareils doivent, de façon générale ou dans le cadre d'un traitement particulier, répondre à des nécessités diagnostiques, thérapeutiques ou de soins, ou bien encore servir à la réadaptation médicale (Gebhard Eugster, *Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundes-verwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2^e éd. 2007, n° 628 p. 607). Par définition, l'emploi d'un moyen ou d'un appareil diagnostique ou thérapeutique est indissociable d'un traitement médical préventif, curatif ou palliatif (ATF 139 V 509 consid. 5.1).

b) En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante souffre d'une incontinence totale imposant le port de protections (cf. certificat médical du Dr R. _____ du 16 août 2017). Que l'incontinence soit d'origine malade n'exerce aucune influence sur la limite de l'obligation de prise en charge. Il en va de même de l'existence d'un lourd traitement, le degré d'incontinence étant fixé sur la base d'un diagnostic médical justifié, assorti d'une ordonnance. Les degrés d'incontinence fixés dans la LiMA varient de moyen, grave à total, avec des montants de prise en charge limités à 624 fr., 1'260 fr. et 1'884 fr. par année. Cette limitation financière annuelle voulue par la LiMA en matière d'incontinence est liée à la personne de l'assuré et le type de traitement, ambulatoire ou hospitalier, n'influe pas sur cette limitation. Par ailleurs, le législateur n'a pas instauré la faculté pour l'assurance maladie, respectivement le juge, de déroger à ces limites financières annuelles, respectivement de faire exception à cette gradation (compétence liée ; cf. Pierre Moor, Alexandre Flückiger et Vincent Martenonet, *Droit administratif*, vol. I, Les fondements, pp. 735 ss). Une telle manière de procéder reviendrait au demeurant à vider de son sens le système de la liste exhaustive et contraignante mis en place par le législateur.

Il est aussi observé que le Tribunal fédéral s'est toujours imposé une grande retenue dans le contrôle de la légalité et de la constitutionnalité des listes positives de prestations établies par le DFI (ATF 129 V 167 consid. 3.4 ; 124 V 185 consid. 6 ; TF 9C_407/2013 du 28 octobre 2013 consid. 4). Cela étant, il n'y a pas lieu non plus de

s'interroger sur la justification de la limitation financière annuelle voulue par la LiMA pour la prise en charge des protections contre l'incontinence à la position n° 15.01.03.00.1. En effet, préalablement à leur admission dans la LiMA, les moyens et appareils diagnostiques et thérapeutiques font l'objet, par le biais du DFI et de la Commission fédérale des analyses, moyens et appareils, d'un examen sous l'angle des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (ATF 139 V 509 consid. 5.3). Faute d'indices permettant de penser que la limitation critiquée serait la conséquence d'une lacune manifeste ou reposerait sur des considérations arbitraires de la part du législateur, il n'y a pas place pour substituer une autre appréciation à celle de l'intimée.

Sur le vu de ce qui précède, la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des aides pour l'incontinence totale ne saurait dépasser le montant de 1'884 fr. par année, conformément à la position n° 15.01.03.00.1 de la LiMA. C'est donc à juste titre que l'intimée a limité ses prestations à ce montant pour l'année 2017.

5. a) En conséquence, le recours, manifestement mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 13 juillet 2018 confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 13 juillet 2018 par A._____ est confirmée.

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

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- X. _____ (recourante),
- A. _____ (intimée),
- 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 :