

Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause
{T 7}
K 63/04

Arrêt du 13 septembre 2004
Ile Chambre

Composition
MM. les Juges Borella, Président, Lustenberger et Frésard. Greffière : Mme Gehring

Parties
L. _____, recourant,

contre

PHILOS, Caisse maladie-accident, Section FRV, avenue du Casino 13, 1820 Montreux, intimée

Instance précédente
Tribunal des assurances du canton de Vaud, Lausanne

(Jugement du 20 novembre 2003)

Faits:

A.

L. _____, né en 1954, est assuré contre la maladie, notamment au titre de l'assurance obligatoire des soins, auprès de la Caisse maladie-accident PHILOS (la caisse). Par courrier du 7 avril 2003, il a demandé à cette dernière de prendre en charge le coût d'une opération visant le traitement au moyen d'implants péniens, de troubles de l'érection consécutifs au cancer dont il a été atteint. Le coût devisé de l'intervention se situe entre 15'000 fr. et 18'000 fr. Par décision du 14 avril 2003 confirmée sur opposition le 8 août suivant, la caisse a rejeté la demande, motif pris que ce traitement ne constituait pas une prestation obligatoirement à la charge des caisses-maladie.

B.

Par jugement du 20 novembre 2004, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours formé contre cette décision par L. _____.

C.

Celui-ci interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont il requiert l'annulation, en concluant à la prise en charge des frais de traitement litigieux par la caisse.

Cette dernière conclut au rejet du recours, tandis que l'Office fédéral de la santé publique a renoncé à se déterminer.

Considérant en droit:

1.

Le litige porte sur la prise en charge par la caisse, au titre de l'assurance obligatoire des soins, des frais de traitement de troubles de l'érection au moyen d'implants péniens.

2.

2.1 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 (art. 24 LAMal). 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).

2.2 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 analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien (al. 2 let. b). Les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces,

appropriées et économiques; l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal).

2.3

2.3.1 Aux termes de l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner 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. Cette disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal. Il incombe ainsi au Conseil fédéral de dresser une liste «négative» des prestations qui ne répondraient pas à ces critères ou qui n'y répondraient que partiellement ou sous condition.

Selon l'art. 33 al. 3 LAMal, le Conseil fédéral détermine également dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation.

2.3.2 A l'art. 33 OAMal et comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué les compétences susmentionnées au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Celui-ci en a fait usage en promulguant, le 29 septembre 1995, l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832.112.31). Cette ordonnance détermine notamment les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal - dispositions qui reprennent textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal - dont l'assurance-maladie obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge (art. 1 OPAS).

La réglementation nouvelle 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 129 V 167).

2.3.3 La liste «négative» des prestations, soit celles qui ne sont pas prises en charge par l'assurance-maladie, figure à l'annexe 1 OPAS (art. 1er OPAS). Celle-ci exclut, comme par le passé, une prise en charge obligatoire du traitement chirurgical des troubles de l'érection (ch. 1.4). Sous l'empire de l'ancien droit (c'est-à-dire d'après la LAMA et ses dispositions d'exécution), le Tribunal fédéral des assurances a en effet eu l'occasion de juger que le traitement chirurgical des troubles de l'érection au moyen de la revascularisation ne constituait pas une prestation obligatoire à la charge des caisses-maladie (arrêt non publié S. du 8 août 1989 [K 3/89]). Cette jurisprudence se fondait sur un préavis du 25 août 1988 de la commission des spécialistes (cf. les anciens art. 12 al. 5 LAMA et 26 Ord. III), selon lequel le caractère scientifique et l'efficacité du traitement, ainsi que son caractère approprié et économique, étaient contestés. Ce préavis vise le traitement chirurgical des troubles de l'érection en général et vaut donc aussi bien pour l'implantation de prothèses que pour la revascularisation. L'annexe à l'Ordonnance 9 du DFI du 18 décembre 1990 indiquait, dans sa version modifiée du 23 décembre 1992 (RO 1993 351), que

le traitement chirurgical des troubles de l'érection (implantation de prothèses et revascularisation) n'était pas obligatoirement à la charge des caisses, mais qu'une procédure d'évaluation était en cours. L'existence d'une procédure d'évaluation en cours n'était plus mentionnée dans les versions ultérieures de l'ordonnance (modifications du 8 mars 1994 [RO 1994 743] et du 31 janvier 1995 [RO 1995 891]) : le DFI rappelait, sans autres commentaires, que le traitement en question n'était pas une prestation obligatoirement à la charge des caisses-maladie, ce qui laisse supposer que l'évaluation entreprise auparavant n'avait pas abouti à des résultats permettant de considérer que la mesure remplissait les conditions pour constituer une telle prestation obligatoire.

2.4 Appelé à trancher un cas d'application, le juge est certes habilité à se prononcer sur la conformité à la loi et à la Constitution d'une liste de maladies à prendre en considération ou de prestations. Néanmoins, il s'impose une grande retenue dans cet examen. En effet, l'ordonnance, souvent révisée, peut être corrigée à bref délai par le DFI (ATF 124 V 195 consid. 6). Par ailleurs, dans le système de la liste, le juge n'a pas la possibilité d'en étendre le contenu par un raisonnement analogique (cf. RAMA 1988 no U 61 p. 449 consid. 1). Un complément reste en revanche possible, lorsque l'énumération donnée par la liste n'est pas exhaustive.

2.5 En l'espèce, le recourant n'apporte aucun élément qui serait susceptible de mettre en doute le bien-fondé de la décision du DFI, qui repose elle-même sur l'avis de la commission des spécialistes. Quant au dossier, il ne contient pas non plus de tels éléments. En particulier, le médecin traitant du recourant n'apporte aucune indication relative à l'opportunité et l'efficacité du traitement en question. Sur le vu de ce qui précède, c'est à juste titre que la caisse, suivie en cela par la juridiction

cantonale, a refusé de prendre en charge les frais de traitement litigieux.

3.

Le jugement entrepris n'est dès lors pas critiquable et le recours se révèle mal fondé.

4.

La décision litigieuse ayant pour objet l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, la procédure est gratuite (art. 134 OJ).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce:

1.

Le recours est rejeté.

2.

Il n'est pas perçu de frais de justice.

3.

Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal des assurances du canton de Vaud et à l'Office fédéral de la santé publique.

Lucerne, le 13 septembre 2004

Au nom du Tribunal fédéral des assurances

Le Président de la IIe Chambre: La Greffière: