



TRIBUNAL DES ASSURANCES

PRESIDENT DU TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. B A U D, juge

Greffier : Mme Di Ferro, greffière-substitut

* * * * *

Jugement du 5 mai 2004

dans la cause

X , recourant et demandeur,

contre

Y Caisse maladie-accident, section FRV (ci-après : la caisse), à
Montreux, intimée et défenderesse.

**Art. 52 al. 1 litt. a ch. 3 LAMal et 18 litt. f des conditions générales de
l'assurance complémentaire de la caisse**

En fait:

A. X est affilié à la caisse pour l'assurance obligatoire des soins. Il a en outre conclu une assurance complémentaire "modules A", savoir complément ambulatoire, prestations à l'étranger en cas d'urgence et hospitalisation hors du canton de domicile en chambre commune d'un établissement public dans toute la Suisse.

Suite à une hospitalisation du 20 au 25 novembre 2003 à l'Hôpital orthopédique, à Lausanne, l'assuré a fait l'acquisition, sur prescription médicale, d'une paire de chaussures de type "Barouk". Le montant de cet achat s'élève, selon la facture établie le 5 décembre 2003 par O SA, à Lausanne, à 340 francs.

Interpellé par la caisse dans un cas similaire, Santésuisse avait précisé, le 14 janvier 2002, que les chaussures Barouk étaient classées sous la rubrique "chaussures spéciales" et qu'il s'agissait en réalité d'une "chaussure pour bandage" qui n'était pas prise en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Par décision du 2 février 2004, la caisse a refusé d'intervenir pour le remboursement des frais de chaussures Barouk, au motif qu'il ne s'agissait pas d'une prestation à la charge de l'assurance obligatoire des soins au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Cependant, elle a, compte tenu du module A de la l'assurance complémentaire facultative souscrit par l'assuré, pris en compte le montant maximal prévu par les directives de Santésuisse, soit 90 fr. par pièce.

B. A la suite de l'opposition de X, la caisse a confirmé sa position par décision sur opposition du 3 mars 2004.

C. C'est contre cette décision sur opposition que X a recouru, par acte du 8 mars 2004, auprès du Tribunal des assurances en

concluant à la prise en charge de l'entier des frais d'achat des chaussures Barouk. Pour l'essentiel, le recourant fait valoir que ces chaussures étaient absolument nécessaires à sa guérison.

Par certificat du 25 janvier 2004, la Dresse Bouffioux, chef de clinique adjoint au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du CHUV, a confirmé la nécessité du port de chaussures Barouk pour la phase post-opératoire de l'intervention qui avait eu lieu le 20 novembre 2003.

D. Dans la mesure où les conclusions du recourant se rapportent au domaine de la LAMal, mais également à celui de la LCA, son écriture doit être considérée à la fois comme un recours et une demande.

E. Dans sa réponse du 5 avril 2004, la caisse a conclu au rejet du recours et de la demande.

Il n'y a pas eu de second échange d'écritures.

F. Une audience d'instruction a été tenue le 4 mai 2004 au cours de laquelle la jonction des causes VVVV a été ordonnée, en vue de l'instruction. Toutefois, les procédures étant différentes suivant qu'il s'agit d'une demande ou d'un recours, deux décisions seront rendues et notifiées séparément.

En droit:

1. a) Interjeté dans le délai légal de trente jours à partir de la notification de la décision attaquée, le recours est recevable en la forme (art. 86 al. 1^{er} LAMal).

b) En vertu de l'article 12 alinéa 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les assurances complémentaires à l'assurance-maladie

obligatoire sont soumises au droit privé, soit à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA). Dans le cadre des réquisits de l'article 47 alinéas 2 et 3 de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées (LSA), le canton de Vaud a confié leur contentieux au Tribunal des assurances (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RALV 1996 p. 119; F.A.O. 1996 p. 1956]).

La demande est également recevable en la forme.

2. Le recours porte sur la question de savoir pourquoi la caisse n'a pas pris en charge la totalité des frais relatifs à l'acquisition des chaussures Barouk.

3. a) Selon l'article 52 alinéa 1 lettre a chiffre 3 LAMal, après avoir consulté les commissions compétentes et conformément aux principes des articles 32 alinéa 1 et 43 alinéa 6, le département édicte des dispositions sur l'obligation de prise en charge et l'étendue de la rémunération des moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques.

Sur la base de cette délégation, l'article 20 alinéa 1^{er} OPAS dispose que "les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques pour lesquels l'assurance garantit un remboursement sont définis groupe de produits et domaines d'utilisation à l'annexe 2". La liste en question, dite Liste des moyens et appareils (ci-après : LiMA), procède de l'article 52 alinéa 1^{er} lettre a chiffre 3 LAMal.

La LiMA prévoit, en application du n°00000 , que les chaussures spéciales, catégorie à laquelle les chaussures de type "Barouk" appartiennent, ne sont remboursées dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins qu'à certaines conditions à savoir : "elles ne sont remboursées subsidiairement à l'AVS/AI que dans le cas où la personne requérante satisfait aux conditions médicales fixées par les dispositions de l'AVS/AI, mais pas aux conditions d'assurance donnant droit aux prestations de ces assurances sociales."

b) Dans le cas présent, l'assuré n'a déposé aucune demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI). La prise en charge des chaussures Barouk par l'AI à titre de mesure médicale n'a pas pu être examinée. Dès lors, la condition prévue par la LiMa n'est pas remplie concernant l'assuré de sorte que la prise en charge des frais relatifs à l'achat d'une paire de chaussures de type Barouk ne relève pas de l'assurance obligatoire des soins.

c) Ainsi, le recours doit être rejeté.

4. a) A la différence de la couverture des soins de l'assurance-maladie sociale, les assurances-maladie complémentaires ne sont pas régies exhaustivement par la loi; elles relèvent, avec les restrictions propres au droit du contrat d'assurance régi par la LCA, du principe de la liberté contractuelle, qui implique non seulement la liberté de contracter ou de ne pas contracter, mais aussi d'aménager le contenu des rapports contractuels (Viret, Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, dans : Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, éd. IRAL, Lausanne 1997, pp. 669 s., spéc. p. 671).

Le contrat d'assurance est conclu par l'acceptation de la proposition d'assurance par l'assureur dans le délai légal ou le délai plus court fixé par le proposant (Viret, Droit des assurances privées, 2e éd., Zurich 1985, p. 79).

Dans la pratique, les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance; elles se subdivisent en conditions générales (art. 3 al.a 1er LCA) et en conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Viret, Recueil de travaux, op. cit., p. 673). L'assureur peut les modifier en préservant les droits de l'assuré selon l'article 35 LCA, étant en outre précisé que la LCA comporte des dispositions impératives (art. 97) et des dispositions qui ne peuvent être modifiées au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit (art. 98).

b) En l'espèce, l'article 18 lettre f des conditions de l'assurance complémentaire, valable dès le 1^{er} janvier 2000, prévoit une participation à la

moitié des frais des moyens auxiliaires exclus de l'assurance obligatoire, sur prescription médicale (sont toutefois exclus : les lunettes, verres de contact, appareils et prothèses dentaires, appareils acoustiques et les chaussures).

Seion la recommandation de Santésuisse, la participation aux frais d'achat d'une paire de chaussures de type Barouk s'élève à 90 fr. par chaussure. Suivant cette recommandation, la participation de la caisse se monte ainsi à 90 fr. par chaussure, soit à 180 fr. pour la paire, remboursée à 50% conformément aux conditions d'assurance.

c) En conséquence, la demande doit également être rejetée.

5. Au vu de ce qui précède, le recours, respectivement la demande, doivent être rejetés, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise.

6. La valeur litigieuse étant inférieure à 8'000 francs, la cause ressortit à la compétence du juge instructeur statuant comme juge unique (art. 11 LTA).

**Par ces motifs,
le Président du Tribunal des assurances
prononce :**

- I. La demande est rejetée.
- II. Le recours est rejeté.
- III. La décision attaquée est maintenue.

Le président :



la greffière:



Du 28 MAI 2004

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par envoi sous pli recommandé avec accusé de réception.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en première instance n'atteignent pas une valeur de 8'000 fr., les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans un délai de dix jours dès la notification du présent jugement, en déposant, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant leurs conclusions en réforme, éventuellement en nullité ou, à défaut, en indiquant sur quels points le jugement est attaqué et quelle est la modification demandée.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en instance cantonale atteignent une valeur d'au moins 8'000 fr., il est loisible aux parties d'interjeter un recours en réforme au Tribunal fédéral, dans un délai de 30 jours dès la réception de la communication écrite de la décision. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne. Outre la désignation de la décision attaquée et de la partie intimée, l'acte de recours doit contenir :

- a. Dans les contestations de nature pécuniaire lorsque le montant de la réclamation n'est pas déterminé, la mention que la valeur exigée est atteinte, ainsi que, éventuellement, les motifs pour lesquels le recourant conteste une constatation contraire de la juridiction inférieure;
- b. L'indication exacte des points attaqués de la décision et des modifications demandées. Le simple renvoi aux conclusions formulées dans la procédure cantonale ne suffit pas. Il ne peut être présenté de conclusions nouvelles;

c. Les motifs à l'appui des conclusions. Ils doivent indiquer succinctement quelles sont les règles de droit fédéral violées par la décision attaquée et en quoi consiste cette violation. Il ne peut être présenté de griefs contre les constatations de fait, ni de faits, exceptions, dénégations et preuves nouveaux, ni d'observations sur la violation du droit cantonal;

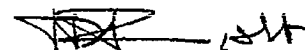
d. Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;

e. Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF).

(art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

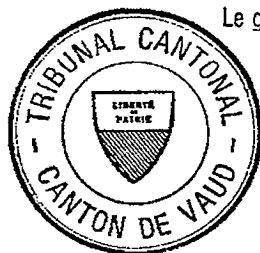
Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 47 al. 4 LSA).

La greffière :



PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME A L'ORIGINAL

Le greffier :



bc