

## DROIT ET HANDICAP

09 / 2020 (15.10.2020)

### **Pas de financement par l'assurance-maladie de l'hippothérapie en cas de paralysie cérébrale**

Dans le cadre des mesures médicales de réadaptation, l'assurance-invalidité prend en charge l'hippothérapie accordée jusqu'à l'âge de 20 ans aux personnes ayant une infirmité congénitale afin de traiter des paralysies cérébrales. Or, cela ne signifie pas que l'assurance obligatoire des soins prend ensuite le relais en continuant de financer l'hippothérapie. Le Tribunal fédéral a statué que l'hippothérapie n'est pas admise comme une mesure thérapeutique au sens de l'art. 52 al. 2 LAMal resp. de l'art. 35 OAMal, même en présence d'une infirmité congénitale.

A. est née en 1998 avec un grave poly-handicap, entre autres des paralysies cérébrales de naissance au sens de l'infirmité congénitale figurant sous le chiffre 390 de l'annexe de l'ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC). L'assurance-invalidité (AI) lui a accordé, jusqu'à ses 20 ans, le financement d'une séance hebdomadaire d'hippothérapie à titre de mesure médicale de réadaptation.

L'hippothérapie est une forme particulière de physiothérapie durant laquelle le patient ou la patiente n'exerce aucune influence active sur le cheval. Il s'agit d'une mesure médicale reconnue par l'AI pour le traitement des paralysies cérébrales congénitales (chiffre 390.5 de la circulaire concernant les mesures médicales de réadaptation de l'assurance-invalidité, CMRM).

À l'âge de 20 ans, A. a demandé que l'hippothérapie soit poursuivie et que les

coûts soient pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Cette dernière a nié son droit à la prise en charge de l'hippothérapie afin de traiter des paralysies cérébrales.

Le recours déposé contre ce refus a été admis par le Tribunal cantonal. L'assurance-maladie concernée a ensuite contesté la décision de ce dernier devant le Tribunal fédéral. Dans son [arrêt du 15 juin 2020, 9C\\_815/2019](#), le Tribunal fédéral en est arrivé à la conclusion qu'il n'existait pas de droit à la prise en charge des coûts liés à l'hippothérapie par l'assurance obligatoire des soins; il a par conséquent admis le recours de l'assurance-maladie. Les considérations du Tribunal fédéral sont présentées dans ce qui suit.

#### **Quand l'assurance-maladie finance-t-elle l'hippothérapie?**

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les frais de traitements dispen-

sés sous forme ambulatoire par des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin (art. 25 al. 2 let. a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, LAMal).

L'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) détermine les prestations financées par l'assurance obligatoire des soins. Ce catalogue des prestations comprend, sous le titre «physiothérapie», «l'hippothérapie en cas de sclérose en plaques» (art. 5 al. 1 let. b ch. 8 OPAS). A. ne souffre pas de sclérose en plaques, mais les séances d'hippothérapie dont elle bénéficie ont pour but de traiter ses paralysies cérébrales. Le Tribunal fédéral a considéré que l'art. 5 al. 5 OPAS ne permettait pas de déduire une obligation de prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de l'hippothérapie en cas de paralysies cérébrales.

S'est alors posé la question de savoir si, le cas échéant, le fait d'envisager la poursuite, au-delà de l'âge de 20 ans, d'une mesure médicale que l'Al avait commencé à dispenser à A. pour traiter une infirmité congénitale, entraîne comme conséquence le devoir de l'assurance obligatoire des soins de prendre en charge les frais d'hippothérapie également en cas de paralysies cérébrales (et pas seulement en cas de sclérose en plaques).

### **Obligation de prise en charge par l'assurance obligatoire des soins en cas d'infirmités congénitales**

Au sujet de l'obligation de prise en charge par l'assurance obligatoire des soins en cas d'infirmités congénitales, la LAMal contient deux dispositions: l'art. 27 LAMal et l'art. 52 al. 2 LAMal.

Selon l'art. 27 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge, en cas d'infirmités congénitales non couvertes

par l'assurance-invalidité, les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie. À ce propos, le Tribunal fédéral a relevé que l'art. 27 LAMal avait pour but la coordination entre l'assurance-maladie et l'assurance-invalidité. L'assurance obligatoire des soins doit donc prendre en charge les frais également en cas d'infirmité congénitale, conformément à ses dispositions relatives au droit de l'assurance-maladie. Ainsi les infirmités congénitales ne sont pas favorisées par rapport à d'autres pathologies.

Il existe toutefois une exception importante à ce propos: la disposition spéciale de l'art. 52 al. 2 LAMal prévoit qu'en matière d'infirmités congénitales, les mesures thérapeutiques du catalogue des prestations de l'assurance-invalidité sont reprises dans les listes établies en vertu de l'art. 52 al. 1 LAMal (liste des analyses, liste des médicaments, liste des moyens et appareils, liste des spécialités).

Le Tribunal fédéral s'est penché sur la question de savoir si l'hippothérapie en cas d'infirmité congénitale relève de la disposition spéciale de l'art. 52 al. 2 LAMal, dont résulte le fait que l'assurance obligatoire des soins est tenue de financer l'hippothérapie également en cas de paralysies cérébrales. Pour ce faire, il a dû interpréter l'art. 52 al. 2 LAMal à la lumière des quatre éléments d'interprétation juridique qui sont l'énoncé, la genèse, la systématique ainsi que le sens et le but.

### **Énoncé de la disposition (interprétation grammaticale)**

Selon le Tribunal fédéral, le point de départ de toute interprétation de la loi réside dans l'énoncé d'une disposition. Si celui-ci est clair et sans équivoque, l'on ne peut s'écarter de l'énoncé que s'il existe un motif sérieux de supposer que l'énoncé passe à côté du sens véritable ou du sens

juridique de la disposition. Un tel motif sérieux existe lorsque la genèse de la disposition, son lien contextuel avec d'autres dispositions ou son but conduisent à une interprétation différente.

L'art. 52 al. 2 LAMal parle de «mesures thérapeutiques». En revanche, le titre de l'art. 52 LAMal est «Analyses et médicaments, moyens et appareils». Par conséquent, l'énoncé de l'art. 52 al. 2 LAMal en liaison avec le titre n'est ni sans équivoque ni non dénué de toute ambiguïté. C'est pourquoi il convient de procéder, en plus de l'interprétation de l'énoncé, à une interprétation selon les trois autres éléments (genèse, contexte et but).

### **Genèse de la disposition (interprétation historique)**

Concernant cet élément d'interprétation, le Tribunal fédéral a précisé que le législateur a déterminé les «mesures thérapeutiques» au sens de l'art. 52 al. 2 LAMal en se focalisant uniquement sur la liste des analyses, la liste des médicaments, la liste des moyens et appareils ainsi que sur la liste des spécialités selon l'art. 52 al. 1 LAMal. Il n'était pas question d'autres formes de thérapie non énumérées dans ces listes. Selon le Tribunal fédéral, vu que des mesures thérapeutiques au sens de l'hippothérapie ne relèvent sans aucun doute pas de ces listes, l'interprétation historique ne génère pas d'obligation de prise en charge par l'assurance obligatoire des soins.

### **Lien avec d'autres dispositions (interprétation systématique)**

Lors de l'interprétation systématique, le Tribunal fédéral a rappelé que l'art. 25 al. 2 LAMal portait sur deux catégories: «examens et traitements», d'une part, (let. a), et «analyses, médicaments, moyens et

appareils diagnostiques ou thérapeutiques», d'autre part (let. b).

Vu que l'hippothérapie est dispensée à A. pour traiter des paralysies cérébrales, elle relève de la catégorie des «examens et traitements».

La disposition spéciale de l'art. 52 al. 2 LAMal mentionne toutefois dans son titre «analyses et médicaments; moyens et appareils» et ne s'exprime donc justement pas sur les «examens et traitements» au sens de l'art. 25 al. 2 let. a LAMal.

Vu que l'art. 35 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), selon lequel les mesures thérapeutiques prodiguées en cas d'infirmité congénitale (art. 52 al. 2 LAMal) doivent être prises en charge par l'assurance obligatoire des soins dès que l'assuré atteint l'âge auquel cesse le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, renvoie lui aussi à l'art. 52 al. 2 LAMal, cela établit là également un lien direct vers les listes des «analyses, médicaments, moyens et appareils».

Étant donné que l'hippothérapie visant à traiter des paralysies cérébrales ne relève pas de la catégorie des «analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques», l'interprétation systématique n'entraîne pas non plus d'obligation de prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, a conclu le Tribunal fédéral.

### **But de la disposition (interprétation téléologique)**

Concernant le quatrième et dernier élément d'interprétation, le Tribunal fédéral a précisé qu'en formulant l'art. 27 LAMal – excepté la disposition spéciale de l'art. 52 al. 2 LAMal –, le législateur n'avait pour but ni de favoriser les infirmités congénitales par rapport aux autres pathologies, ni

d'accorder un surcroît de prestations aux personnes ayant des infirmités congénitales. L'assurance obligatoire des soins doit bien davantage être amenée à fournir des prestations, également aux personnes assurées présentant des infirmités congénitales, dans le seul cadre du catalogue des prestations obligatoires de l'assurance-maladie sociale. Selon le Tribunal fédéral, l'interprétation téléologique n'entraîne donc pas non plus d'obligation faite à l'assurance obligatoire des soins de financer une hippothérapie en cas de paralysies cérébrales.

### **Conclusion du Tribunal fédéral: pas de financement de l'hippothérapie**

Le Tribunal fédéral en est arrivé à la conclusion, compte tenu des quatre éléments d'interprétation, que l'hippothérapie - même à la suite d'une infirmité congénitale - ne constitue pas une mesure théra-

peutique au sens de la clause d'exception de l'art. 52 al. 2 LAMal et de l'art. 35 OAMal. C'est pourquoi les coûts d'une hippothérapie ne sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins qu'en cas de sclérose en plaques (art. 5 al. 1 let. b chiffre 8 OPAS).

Quelle est la signification de cet arrêt du Tribunal fédéral pour A.? Elle doit désormais payer l'hippothérapie de sa poche, vu que l'AI ne finance plus les mesures médicales au-delà de l'âge de 20 ans et que l'assurance obligatoire des soins n'est pas tenue, selon le Tribunal fédéral, d'en financer le coût. Cette situation est d'autant plus insatisfaisante qu'aussi bien l'efficacité de l'hippothérapie pour le traitement des paralysies cérébrales d'A. que la nécessité médicale de sa poursuite étaient absolument incontestées devant le Tribunal fédéral.

---

### **Impressum**

Auteure: Martina Čulić, avocate, Département Assurances sociales Inclusion Handicap  
Éditrice: **Inclusion Handicap** | Mühlemattstrasse 14a | 3007 Berne  
Tél.: 031 370 08 30 | [info@inclusion-handicap.ch](mailto:info@inclusion-handicap.ch) | [www.inclusion-handicap.ch](http://www.inclusion-handicap.ch)

**Toutes les éditions de «Droit et handicap»:**  
[Archives chrWnologiques](#) | [Recherche par mots-clés](#)