

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 septembre 2017

Composition : Mme THALMANN, juge unique
Greffière : Mme Kreiner

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourante,

et

U._____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 29 et 64 al. 7 LAMal ; art. 13 OPAS

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est assurée au titre de l'assurance-maladie auprès d'U. _____ SA (ci-après : U. _____, la caisse ou l'intimée) depuis le 1^{er} janvier 2011. En 2016, elle bénéficiait de l'assurance obligatoire des soins « [...] », avec franchise de 2'000 francs.

Par courrier du 10 juin 2016, l'assurée a adressé à U. _____ une facture du 31 mai 2016 du laboratoire E. _____ SA (ci-après : E. _____), à [...], d'un montant de 423 fr. 30. Cette facture portait sur des analyses effectuées le 23 mai 2016 à la demande du Dr G. _____, spécialiste en gynécologie et obstétrique. L'intéressée a soutenu que dite facture concernait les premières analyses sanguines suite à sa nouvelle grossesse. Elle en demandait le remboursement sur son compte bancaire.

Interpellée par la caisse, l'intéressée a répondu à une date inconnue à un « Questionnaire en relation avec [ses] frais » du 27 juin 2016. Il en ressortait que la treizième semaine de grossesse datait du 4 juillet 2016 et que la date présumée du terme était le 20 janvier 2017.

Dans un décompte de prestations « Tiers garant » du 3 août 2016, U. _____ a reconnu le montant de 423 fr. 30 facturé pour les analyses médicales du 23 mai 2016. Elle l'a mis entièrement à la charge de l'assurée à titre de franchise pour l'année 2016.

Par courrier du 30 août 2016, l'assurée a encore une fois transmis à la caisse la facture de 423 fr. 30 d'E. _____. Elle a notamment joint à son courrier une attestation médicale du 8 août 2016, dans laquelle le Dr G. _____ attestait que l'intéressée était venue en consultation le 23 mai 2016 pour un contrôle gynécologique annuel, qu'elle était actuellement enceinte et était à cinq semaines d'aménorrhées et quatre jours le 23 mai 2016. Il a ajouté qu'afin de limiter les coûts, les deux

contrôles (celui de grossesse et le contrôle annuel) avaient été effectués en même temps.

Par courrier du 26 septembre 2016, U._____ a retenu que, selon les informations en sa possession, le début de la treizième semaine de grossesse de l'intéressée avait commencé le 4 juillet 2016 et que le premier examen de grossesse avait été effectué le 20 juin 2016. Dans ce contexte, la caisse a confirmé que la facture d'E._____ relative aux analyses du 23 mai 2016 était une prestation soumise aux participations légales. Elle a ajouté qu'il en allait de même de la facture de 320 fr. 25 concernant la consultation du 23 mai 2016 chez le Dr G._____.

Par courrier du 25 octobre 2016, intitulé troisième demande de remboursement, l'assurée a transmis encore une fois à U._____ la facture d'E._____ relative aux analyses effectuées le 23 mai 2016 et l'attestation médicale du 8 août 2016 du Dr G._____. Elle a soutenu que la caisse était dans l'obligation de lui rembourser cette somme, car les contrôles de la première consultation bénéficiaient comme auparavant de l'exemption de la participation aux coûts et que les analyses étaient des prestations en cas de maternité, même si elles avaient eu lieu avant la treizième semaine de grossesse. L'intéressée a par ailleurs joint à son courrier une lettre de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) du 13 mai 2016, adressée au Dr V._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, de laquelle il ressortait que les contrôles de la première consultation, qui comprenaient notamment une anamnèse, un examen gynécologique et clinique général, des conseils et la prescription des analyses de laboratoire nécessaires conformément à la liste des analyses, étaient des prestations en cas de maternité qui bénéficiaient, comme auparavant, de l'exemption de la participation aux coûts.

Par décision du 22 novembre 2016, U._____ a maintenu sa position, précisant que son décompte de prestations « tiers garant » du 3 août 2016 était correct. En substance, elle a retenu que, selon les informations communiquées par le Dr G._____, la treizième semaine de grossesse de l'assurée avait « débuté le 7 juillet 2016 (sic) ». Les analyses effectuées le 23 mai 2016 avaient donc eu lieu avant la treizième semaine de grossesse. La caisse a ensuite relevé que les analyses en question ne figuraient pas sur la liste exhaustive des prestations spécifiques de

maternité prévues par les dispositions légales applicables. Elle a retenu à cet égard qu'il ne ressortait pas de la facture émise par le Dr G. _____ en lien avec la consultation gynécologique du 23 mai 2016 (320 fr. 25) que celle-ci était le premier examen de grossesse. Selon elle, la première consultation de grossesse avait eu lieu le 20 juin 2016, car c'est à cette occasion que le gynécologue avait utilisé la position tarifaire TARMED 22.1910 correspondant au « premier examen et première consultation de grossesse », qui ne pouvait être utilisée qu'une seule fois. U. _____ en a conclu que la consultation du 23 mai 2016 ne correspondait pas au premier examen de grossesse et que, partant, la facture relative aux analyses en lien avec cette consultation était soumise aux participations légales.

Le 5 décembre 2016, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. En substance, après avoir reconnu que les analyses effectuées le 23 mai 2016 l'avaient été avant la treizième semaine de grossesse, elle a invoqué le bon sens. Elle a allégué qu'elles avaient eu lieu lors d'un contrôle annuel ordinaire chez son gynécologue afin d'éviter une consultation supplémentaire. Elle s'estimait lésée alors que le procédé choisi par le Dr G. _____ avait pour but d'économiser une consultation.

Interpellé le 9 février 2017 par U. _____, le Dr G. _____ a indiqué le jour suivant, par retour de courrier, que la grossesse de l'intéressée n'était pas à risque.

Par courrier du 15 février 2017, la caisse a accusé réception de l'opposition de l'assurée et l'a informée que des renseignements complémentaires avaient été demandés au Dr G. _____.

Dans un courrier adressé le 15 mars 2017 à U. _____, l'assurée a allégué que son gynécologue n'avait toujours pas reçu de demande d'information, ce qu'elle trouvait inacceptable. Elle a ensuite soutenu que, suite à des reportages de la télévision et de la radio suisse

romande, elle avait remarqué qu'elle n'était pas seule dans cette situation et que la caisse était dans l'obligation de lui rembourser la facture.

Par décision sur opposition du 23 mars 2017, U._____ a rejeté l'opposition de l'intéressée et confirmé sa décision du 22 novembre 2016. En substance, elle a retenu que les analyses effectuées le 23 mai 2016 avaient eu lieu avant la treizième semaine de grossesse et que la consultation à cette même date ne correspondait pas au premier examen de grossesse au sens des dispositions légales applicables. La caisse a par ailleurs relevé que dans la facture relative à la consultation du 20 juin 2016, le Dr G._____ avait utilisé la position tarifaire TARMED 22.1910 correspondant au « premier examen et première consultation de grossesse ». Elle en a conclu que la consultation du 23 mai 2016 et les analyses effectuées le même jour n'étaient pas des prestations spécifiques de maternité exemptées des participations légales. Finalement, la caisse a ajouté que le Dr G._____ avait indiqué que la grossesse de l'assurée n'était pas à risque. Dans ce contexte, conformément aux dispositions légales applicables, sept examens de grossesse entre le 20 juin et le 27 décembre 2016 avaient été pris en charge par l'assurance obligatoire des soins au titre de prestations spécifiques de maternité.

B. Par acte du 5 avril 2017, Q._____ a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au remboursement de la facture d'E._____ plus frais de rappel. En résumé, elle a fait valoir que les analyses effectuées avant sa treizième semaine de grossesse avaient pour but de limiter les coûts en évitant une deuxième consultation. Le Dr G._____ avait agi de la sorte de sa propre initiative et elle considérait ne pas avoir à supporter les effets financiers de cette décision dont elle n'était pas responsable. L'intéressée a ensuite soutenu que la consultation du 23 mai 2016 était sa première consultation de grossesse et que la facture relative aux analyses du même jour n'avait pas du tout été prise en charge par l'assurance, contrairement à ce qu'aurait pu laisser croire la terminologie utilisée par la caisse.

Par réponse reçue le 6 juin 2017 par la Cour de céans, l'intimée a conclu au rejet du recours et a répété les arguments développés dans sa décision sur opposition.

Par courrier du 6 juin 2017, la Cour de céans a transmis à la recourante un exemplaire de la réponse de l'intimée et lui a imparti un délai au 27 juin 2017 pour fournir, le cas échéant, des explications complémentaires. L'intéressée n'a pas donné suite à ce courrier.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, sous réserve de dérogations expresses (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 du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 56 al. 1 et 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile devant le tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). Lorsque la valeur litigieuse est inférieure à

30'000 francs, comme en l'espèce, la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 1a).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si U._____ peut réclamer à la recourante une participation aux coûts pour les analyses de laboratoire effectuées le 23 mai 2016 (423 fr. 30) ou si celles-ci tombent sous le coup des prestations de grossesse exemptées des participations légales. Il n'y a en revanche pas lieu de se prononcer sur l'éventuelle prise en charge par U._____ des honoraires du Dr G._____ pour la consultation gynécologique de ce même 23 mai 2016 (320 fr. 25), dans la mesure où cette question ne fait l'objet ni de la décision du 22 novembre 2016 ni de la décision sur opposition du 23 mars 2017.

3. a) Selon l'art. 1a al. 2 LAMal, l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie, d'accidents - dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge - et de maternité. La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier (art. 5 LPGA).

b) En vertu de l'art. 29 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité. Ces prestations, pour lesquelles l'assureur ne peut exiger aucune participation (art. 64 al. 7 let. a LAMal), comprennent selon l'al. 2 de l'art. 29 LAMal les examens de

contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse (let. a), l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une institution de soins semi-hospitaliers ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme (let. b), les conseils nécessaires en cas d'allaitement (let. c) et les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère (let. d).

Le Conseil fédéral, lequel est chargé d'édicter les dispositions aux fins d'exécution de la loi, a délégué cette compétence, pour autant qu'elle concernait les prestations visées à l'art. 29 al. 2 let. a et c LAMal, au Département fédéral de l'intérieur (DFI ; art. 33 let. d OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102]). Celui-ci a édicté le 20 septembre 1995, l'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 prestations spécifiques en cas de maternité sont réglées aux art. 13 à 16 OPAS (examens de contrôle, préparation à l'accouchement, conseils en cas d'allaitement et prestations des sages-femmes). L'art. 13 OPAS définit les types d'examens de contrôle pris en charge par l'assurance-maladie. Il prévoit notamment que l'assurance prend en charge, lors d'une grossesse normale, sept examens. La première consultation comprend une anamnèse, un examen gynécologique et clinique, des conseils, un examen des veines et la recherche d'œdèmes des jambes, ainsi que la prescription des analyses de laboratoire nécessaires conformément à la liste des analyses (LA). En cas de grossesse à risque, il y a renouvellement des examens selon l'évaluation clinique. Cette énumération d'examens est exhaustive.

c) Nonobstant ce qui précède, l'assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts des prestations visées aux art. 25 (prestations générales en cas de maladie) et 25a (soins en cas de maladie) LAMal qui sont fournies à partir de la treizième semaine de grossesse,

pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement (art. 64 al. 7 let. b LAMal).

d) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1, 133 III 81 consid. 4.2.2 et 126 V 353 consid. 5b et les références citées ; TF 9C_694/2014 du 1^{er} avril 2015 consid. 3.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 319 consid. 5a ; TF 8C_195/2015 du 10 février 2016 consid. 2.3.3).

4. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que la consultation du 23 mai 2016 et les analyses effectuées le même jour par E. _____ ont eu lieu avant la treizième semaine de grossesse de la recourante et que dite grossesse n'était pas à risque. Il convient dès lors d'examiner si les analyses réalisées à cette date font partie des examens de contrôle visés par les art. 29 al. 2 let. a LAMal et 13 OPAS qui ne peuvent faire l'objet d'aucune participation aux coûts (art. 64 al. 7 let. a LAMal).

La recourante soutient que les analyses effectuées le 23 mai 2016 font partie du premier examen de grossesse. Elle se fonde pour ce faire sur l'attestation du 8 août 2016 du Dr G. _____, qui certifie avoir effectué tant un contrôle annuel qu'un contrôle de grossesse lors de la consultation du 23 mai 2016, dans le but de limiter les coûts.

Pour sa part, U. _____ refuse la prise en charge des analyses effectuées le 23 mai 2016. Elle considère que celles-ci n'entreraient pas dans le cadre de la première consultation de grossesse, en raison du fait

que le Dr G._____ a utilisé la position tarifaire TARMED 22.1910 correspondant au « premier examen et première consultation de grossesse » dans sa facture relative à la consultation du 20 juin 2016.

b) Les éléments au dossier sont insuffisants pour apprécier, selon la règle de la vraisemblance prépondérante, si tout ou partie des analyses effectuées le 23 mai 2016 l'ont été en lien avec la grossesse de la recourante. En effet, aucune pièce ne permet de déterminer si ces analyses ont été demandées par le Dr G._____ dans le cadre de l'examen de contrôle annuel ou dans le cadre de l'examen de grossesse effectué également ce jour-là, ainsi que, le cas échéant, lesquelles étaient en lien avec la grossesse. On ne dispose de surcroît d'aucune information sur les prestations prises en charge par U._____ s'agissant de la consultation du 20 juin 2016.

Ces zones d'ombre auraient dû inciter l'intimée à solliciter un complément d'information auprès du Dr G._____, afin d'une part de distinguer parmi les analyses effectuées le 23 mai 2016 entre celles liées à la grossesse de la recourante et celles relatives à son contrôle gynécologique annuel et, d'autre part, de déterminer si les éventuelles analyses de laboratoire en lien avec la grossesse étaient constitutives d'une partie du premier examen de grossesse visé par l'art. 13 OPAS.

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les

faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n. 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 et 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

En l'occurrence, l'intimée a renoncé à interpeller le Dr G. _____ une nouvelle fois, estimant semble-t-il que, compte tenu de la prise en charge du contrôle de grossesse effectué en juin 2016, il était inutile de distinguer parmi les analyses effectuées le 23 mai 2016 entre celles ayant un lien avec la grossesse et celles relatives au contrôle gynécologique annuel. Cette appréciation est erronée et le renvoi de la cause à U. _____ - à laquelle il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA - apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie par conséquent de lui renvoyer l'affaire pour qu'elle en complète l'instruction en questionnant le gynécologue de l'intéressée sur la nature des différentes analyses de laboratoire effectuées le 23 mai 2016, puis mette le cas échéant celles-ci en lien avec les prestations facturées pour la consultation du 20 juin 2016, avant de se prononcer dans une nouvelle décision.

5. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition du 23 mars 2017 annulée. La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

Par ailleurs, la recourante, qui obtient gain de cause mais sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 23 mars 2017 par U._____ SA est annulée, la cause étant renvoyée à cet assureur pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

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

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Q._____,
- U._____ 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 :