

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 juin 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne

et

ASSURA-BASIS SA, à Le Mont-sur-Lausanne, intimée.

Art. 25 et 26 LAMal ; art. 12d OPAS

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1983, est affilié auprès d'Assura-Basis SA (ci-après également : l'assureur ou l'intimée) au titre de l'assurance-maladie obligatoire à compter du 1^{er} avril 2014.

En date du 29 novembre 2016, il a subi des analyses génétiques, effectuées par le Laboratoire G._____, sur recommandation de la Dresse D._____, spécialiste en gynécologie obstétrique et gynécologie opératoire, à l'occasion de la grossesse de son épouse. Ces analyses étaient destinées à déterminer si l'assuré était porteur d'une thalassémie, susceptible d'être transmise au fœtus, dans la mesure où son épouse était elle-même porteuse d'une thalassémie hétérozygote.

La facture relative à ces analyses, établie par le laboratoire précité le 23 décembre 2016 à hauteur de 1'329 fr. 60, a été adressée à Assura-Basis SA, laquelle a signifié son refus de prise en charge par communication du 11 avril 2017. Dite facture était détaillée comme suit :

Analyses	Points	Position	Montant
Hémogramme V	14.60	1374.00	14.60
Extraction ADN/ARN génomique	61	2021.00	61.00
Thalassémies	185	2305.09	185.00
Thalassémies	185	2305.09	185.00
Thalassémies	215	2505.06	215.00
Thalassémies	215	2505.06	215.00
Thalassémies	215	2505.06	215.00
Thalassémies	215	2505.06	215.00
Taxe de commande	24	4700.00	<u>24.00</u>
			1329.60

Le médecin-conseil d'Assura-Basis SA, le Dr H._____, a rédigé un avis le 28 août 2017, confirmant le bien-fondé du refus de prise en charge et indiquant notamment ce qui suit :

« [...] A l'analyse du dossier, on voit effectivement que selon les renseignements à disposition ces analyses ont été effectuées pour voir si le patient est porteur d'un gène de thalassémie, alors qu'il est

parfaitement asymptomatique. Elles ont été pratiquées afin de déterminer s'il y avait un risque que son futur enfant soit atteint d'une telle maladie puisque son épouse est porteuse hétérozygote. Selon le préambule du chapitre 2 de la liste des analyses, ces examens ne sont donc pas obligatoirement à charge de l'assurance-maladie. Je confirme donc le préavis défavorable quant aux remboursements des analyses génétiques effectuées chez cet assuré par l'assurance obligatoire des soins. »

A la demande de l'assuré, assisté de CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, Assura-Basis SA a rendu une décision formelle de refus de prester le 13 septembre 2017. A son sens les analyses effectuées ne constituaient ni des analyses diagnostiques, ni des analyses préventives comprises dans les prestations à charge de l'assurance-maladie obligatoire. Elle relevait que le préambule au chapitre 2 de la liste des analyses (LA), intitulé « Génétique », précisait que les analyses chez les personnes en bonne santé visant à détecter un risque génétique chez les descendants n'étaient pas considérées comme des prestations obligatoirement à la charge de l'assurance-maladie. Les analyses « Thalassémies » étaient à la charge de l'assurance obligatoire uniquement s'il existait une suspicion clinique de cette maladie. Dans le cas particulier, après consultation de son médecin-conseil, elle observait que les analyses avaient été effectuées chez un patient sain, sans signe clinique de thalassémie. Les conditions de la prise en charge par l'assurance-maladie n'étaient dès lors pas réunies.

B. L'assuré s'est opposé à la décision du 13 septembre 2017 par écriture du 13 octobre 2017, complétée par un rapport de la Dresse D. _____ du même jour. Celle-ci indiquait ce qui suit :

« Madame C. _____ a accouché le 07 mars 2017. Durant cette grossesse, les contrôles sanguins ont montré une microcytose érythrocytaire. Le bilan a démontré que la patiente est porteuse d'une alpha thalassémie hétérozygote. Un bilan était donc indispensable chez le mari car si celui-ci était également porteur d'une thalassémie, il y avait un risque de 25 % que le fœtus soit homozygote.

Une alpha thalassémie homozygote peut présenter un risque majeur pour la grossesse avec une anémie importante déjà in utero. Le suivi est donc totalement différent avec des contrôles échographiques Doppler réguliers. Heureusement le bilan chez le mari a pu démontrer qu'il n'était pas porteur d'une alpha thalassémie. L'enfant risquait donc d'être au pire porteur comme la mère, et donc présentant ainsi un risque mineur. [...] »

Par courrier du 15 novembre 2017, l'assuré a produit un rapport du 14 novembre 2017 du Dr F._____, spécialiste en génétique médicale auprès du Laboratoire G._____. Ce dernier s'est notamment exprimé en ces termes :

« [...] Une recherche d'alpha-thalassémie par analyse moléculaire est demandée par le médecin afin d'exclure une thalassémie chez M. B._____. Au vu des résultats, une recherche par électrophorèse est recommandée afin d'exclure totalement un défaut de l'hémoglobine. A mon avis, il eut fallu commencer par une électrophorèse des protéines puis faire une recherche moléculaire. Cependant, je n'ai pas connaissance de toutes les analyses faites dans d'autres laboratoires.

[...]

Je conteste la position d'Assura vis-à-vis de M. B._____ (le patient) par les trois motifs suivants :

1. La valeur MCV [réf. : volume moyen d'un globule rouge] indique une microcytose car elle est à la limite inférieure (82 fl). Cette valeur est suggestive d'un désordre au niveau de l'hémoglobine comme par exemple d'une alpha-thalassémie. En présence d'une microcytose sans anémie ferriprive, une recherche de thalassémie est requise.
2. Un porteur d'une mutation hétérozygote sur les gènes HBA ou HBB ne présente pas obligatoirement des symptômes. Par conséquent, ce n'est pas parce que M. B._____ n'a pas apparemment de signe clinique de thalassémie qu'il n'est pas porteur d'une mutation. De toute manière, la microcytose décelée chez M. B._____ autorise la poursuite d'investigations analytiques.
3. Selon les guidelines internationales, le désir d'enfant à lui seul est une indication à la recherche de mutations sur les gènes HBA1/HBA2 en particulier pour les personnes d'origine asiatique où la prévalence des thalassémies est élevée.

4. L'épouse de M. B._____ est porteuse d'une mutation hétérozygote. Cette donnée à elle seule est également une indication à la recherche de mutation chez le père.

[...]

M. B._____ n'est pas en bonne santé (microcytose).

Quant à l'argument qu'une analyse génétique visant à détecter un risque génétique pour les descendants n'est pas obligatoirement à la charge ne tient pas : L'analyse vise 1) à diagnostiquer ou exclure une thalassémie chez M. B._____ et 2) à exclure la transmission non pas d'un risque génétique mais d'une maladie chez un futur enfant. Sans jouer sur les mots, une mutation sur un gène de susceptibilité à un cancer entraîne un risque peut-être élevé mais ce n'est qu'un risque alors qu'une mutation sur un gène tel que HBA ou HBB entraîne une maladie génétique. Pour moi c'est complètement différent.

Tous les pays européens ont décidé de réduire le nombre d'enfants naissant avec une thalassémie en faisant un dépistage systématique des personnes à risque avant la conception.

Si Assura est prête à déboursier des centaines de milliers de francs pour un enfant né avec une thalassémie alors qu'elle a refusé de prendre en charge une analyse relativement bon marché chez un patient qui présente une situation physiologique évocatrice d'une

maladie génétique grave pour sa descendance, c'est que cette assurance ne sait pas calculer et ce même à court terme. [...] »

Le Dr H. _____ s'est exprimé en ces termes sur le rapport du Dr H. _____ dans un nouvel avis du 23 novembre 2017 :

« [...] La microcytose en soi n'est pas un symptôme mais se réfère à une valeur de laboratoire qui indique une taille du globule rouge inférieure à la norme. Cette dernière se situe entre 80 et 100 femtolitres (fl). On la rencontre le plus souvent en cas d'anémies par saignement chronique, par carence en fer ou lors de thalassémie. L'assuré présente un volume globulaire moyen de 82 fl, ce qui ne représente pas une microcytose selon les références. Si l'on suspecte néanmoins une thalassémie mineure, c'est-à-dire hétérozygote, on s'attendrait à trouver également une hypochromie. Ce qui n'est pas le cas selon les informations transmises. Enfin, si l'on veut diagnostiquer une thalassémie, il n'est pas nécessaire d'effectuer des analyses génétiques, mais on peut pratiquer une électrophorèse de l'hémoglobine (HPLC).

Considérant que ce patient n'est pas symptomatique et qu'il ne présente pas les critères de suspicion d'une thalassémie je ne retiens pas d'indication à la réalisation des analyses génétiques. Ces dernières ont été réalisées dans le but de déterminer le risque de transmission d'une thalassémie à sa descendance. Selon la LA les conditions de prise en charge par l'AOS [réd. : assurance obligatoire des soins] ne sont donc pas remplies et je maintiens donc le préavis médical défavorable. »

Assura-Basis SA a rejeté l'opposition le 20 décembre 2017, réitérant que les analyses en cause ne pouvaient être considérées comme des analyses diagnostiques et n'entraient pas dans la liste des analyses préventives comprises dans l'assurance-maladie obligatoire. Elle a en effet considéré que la recherche de thalassémie effectuée sur l'assuré était motivée par la grossesse de son épouse qui était porteuse de thalassémie hétérozygote. Le rapport de la Dresse D. _____ démontrait sans ambiguïté que les analyses effectuées sur B. _____ étaient des analyses préventives, réalisées exclusivement pour déterminer un risque d'alpha thalassémie chez le fœtus. Selon le Dr F. _____, B. _____ présentait une microcytose, de sorte que l'analyse litigieuse devait être prise en charge en tant qu'analyse diagnostique. Or, de l'avis du médecin-conseil d'Assura-Basis SA, l'assuré présentait un volume globulaire moyen de 82 fl, ce qui ne représentait pas une microcytose selon les références. Si l'on suspectait néanmoins avec ce résultat une thalassémie mineure, une hypochromie aurait dû être constatée, ce qui n'était pas le cas selon les

informations versées au dossier. De plus, comme le relevait également le Dr F._____, il n'était pas nécessaire de procéder à des analyses génétiques, mais il « eût fallu commencer par une électrophorèse des protéines, puis faire une recherche moléculaire ». En conclusion, l'assuré n'était pas symptomatique et ne présentait pas les critères de suspicion d'une thalassémie.

C. B._____, représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, a déféré la décision sur opposition du 20 décembre 2017 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 1^{er} février 2018, concluant principalement à sa réforme, en ce sens que le montant de 1'329 fr. 60 soit pris en charge par l'assureur. A titre subsidiaire, il a conclu au renvoi de la cause à Assura-Basis SA pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Il a fait valoir que le bilan génétique réalisé le 29 novembre 2016 avait permis d'écartier une maladie auprès de l'enfant à naître sans recourir à une amniocentèse. En outre, ce bilan s'était imposé au vu des valeurs sanguines détectées dans son cas quand bien même il n'avait développé aucun symptôme d'une thalassémie. Etais produit un nouveau rapport de la Dresse D._____ du 23 janvier 2018, laquelle soulignait les éléments suivants :

« [...] 1. Les examens effectués chez la mère enceinte et chez son mari pour ce problème de thalassémie relèvent de recommandations médicales internationales. Ce sont des attitudes en vigueur notamment dans les centres universitaires [...]. Il aurait été une erreur de ne pas avoir fait ces examens recommandés. Ce sont des examens de choix car non invasifs, sans risque pour le fœtus. L'amniocentèse n'est évidemment pas un examen de premier choix vu les risques de ce geste invasif. [...]

2. [...] La limite pour effectuer le bilan de pathologies érythrocytaires chez Monsieur est une valeur de MCV inférieur à 84 fl (et non de 82 fl comme avec Laboratoire G._____). Monsieur ayant une valeur de MCV à 82 fl, il était donc parfaitement justifié de faire un « bilan thalassémique avec extraction ADN » [...] »

Assura-Basis SA a répondu au recours le 17 avril 2018 et en a proposé le rejet, reprenant et étayant les arguments développés dans la décision sur opposition litigieuse.

Par réplique du 9 mai 2018, l'assuré a indiqué ne pas avoir d'arguments complémentaires à soulever et se référer aux termes de son acte de recours du 1^{er} février 2018.

A la demande de la magistrate instructrice, Assura-Basis SA a transmis, par pli du 6 juin 2019, un tirage des avis de son médecin-conseil des 28 août 2017 et 23 novembre 2017, lesquels ont été adressés à l'assuré pour son information le 11 juin 2019.

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 d'assurance-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) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent vu les fêtes judiciaires (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la prise en charge, au titre de l'assurance-maladie obligatoire, des frais afférents aux analyses génétiques effectuées

auprès du recourant dans le cadre de la grossesse de son épouse pour le total de 1'329 fr. 60.

3. En premier lieu, il convient d'examiner si le bilan génétique effectué auprès du recourant devrait être pris en charge par l'intimée au titre des mesures de prévention comprises dans les prestations de l'assurance obligatoire des soins.

a) Sous le titre marginal « mesures de prévention », l'art. 26 LAMal dispose que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés. Ces examens ou mesures préventives sont effectués ou prescrits par un médecin. Selon l'art. 33 al. 2 LAMal, il appartient au Conseil fédéral de désigner en détail, notamment, les prestations prévues à l'art. 26 LAMal.

A l'art. 33 let. d OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), le Conseil fédéral, comme le permet l'art. 33 al. 5 LAMal, a délégué à son tour cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Faisant usage de cette sous-délégation, le DFI a édicté l'OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832.112.31). Les art. 12 à 12e OPAS, qui en constituent le chapitre 3 intitulé « mesures de prévention », renferment une liste positive des mesures médicales de prévention prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (TFA K 92/04 du 28 octobre 2004 consid. 2.2). Cette liste est exhaustive (TFA K 23/04 du 17 février 2005 consid. 2.1 ; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd. 2007, n. 471 p. 557).

b) Selon la jurisprudence et la doctrine précitées, il est admis qu'aux termes mêmes de la loi – selon lesquels seuls « certains examens » (« bestimmte Untersuchungen » dans le texte allemand et « determinati

esami » dans le texte italien de l'art. 26 LAMal) destinés à détecter à temps les maladies sont pris en charge par l'assurance –, le catalogue des examens et mesures de nature préventive est restreint. L'examen des travaux préparatoires révèle que le législateur n'a pas voulu admettre le remboursement de toute mesure préventive quelle que soit la reconnaissance scientifique qui a été apportée à son efficacité, mais qu'il a cherché à limiter la prise en charge de telles mesures ; s'écartant du projet initial du Conseil fédéral, lequel prévoyait que « L'assurance obligatoire de soins prend en charge les coûts des mesures de prévention effectuées ou prescrites par un médecin [...] » (Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 77 ss, ad art. 20, p. 135), le Parlement a, avec la formulation de l'art. 26 LAMal, adopté une version plus restrictive de la disposition en cause, en laissant sciemment le soin au Conseil fédéral de décrire les prestations à charge de l'assurance de base et ce, de manière limitative ; l'art. 26 LAMal n'exige ainsi pas que le Conseil fédéral, ou pour lui le DFI, inclue tous les examens permettant de détecter à temps les maladies dans la liste des prestations (TFA K 92/04 du 28 octobre 2004 consid. 3.1 et K 23/04 du 17 février 2005 consid. 2.1).

c) L'art. 26 LAMal n'ayant pas été conçu par le législateur comme une norme prévoyant une prise en charge, par l'assurance-maladie obligatoire, de toutes les mesures susceptibles de prévenir les maladies, aussi utiles et raisonnables soient-elles, le fait que les art. 12 à 12e OPAS ne contiennent qu'un catalogue restreint de telles mesures est donc inhérent au système prévu par le législateur ; il n'appartient pas au juge de se substituer aux auteurs de l'ordonnance, qui disposent d'un très large pouvoir d'appréciation pour admettre une mesure dans le catalogue de l'art. 12 OPAS (TFA K 92/04 du 28 octobre 2004 consid. 3.2 et les références citées ; K 23/04 du 17 février 2005 consid. 2.1 ; Eugster, op. cit., n. 471 p. 557).

d) S'agissant spécifiquement d'une analyse génétique, le préambule au chapitre 2 de la liste des analyses (LA ; annexe 3 de l'OPAS) précise qu'une telle analyse effectuée chez une personne en bonne santé

et visant à mettre en évidence la prédisposition à une maladie est prise en charge seulement si l'analyse en question est prévue aussi bien dans la LA que comme mesure de prévention dans l'art. 12d, let. f , OPAS. Une analyse génétique chez une personne en bonne santé visant à détecter un risque génétique pour les descendants n'est pas considérée comme une prestation obligatoirement à la charge de l'assurance-maladie.

4. a) En l'espèce, il est établi que l'épouse du recourant est porteuse d'une alpha thalassémie hétérozygote. La valeur de MCV observée chez le recourant laissait par ailleurs supposer un désordre de l'hémoglobine pouvant justifier de plus amples examens. Selon le recourant, il était dès lors indispensable de s'assurer qu'il n'était pas porteur d'une thalassémie afin d'exclure tout risque de maladie pour le fœtus et d'assurer le suivi adéquat de la grossesse de son épouse (cf. rapports des 13 octobre 2017 de la Dresse D._____ et 14 novembre 2017 du Dr F._____).

b) On peut retenir, à l'instar de l'intimée, que l'analyse génétique litigieuse avait essentiellement pour but d'écarter le risque de la transmission d'une maladie à la descendance du recourant. Cela étant, ainsi que l'a relevé à bon droit l'intimée, l'analyse litigieuse n'est pas contenue dans la LA et n'est pas mentionnée au titre de mesure préventive par l'art. 12d OPAS. Dès lors, indépendamment de son efficacité et de son adéquation, dite analyse ne peut pas être portée à la charge de l'intimée au titre de mesure préventive imputable à l'assurance-maladie obligatoire au sens de l'art. 26 LAMal. Le seul fait que cette analyse ne soit pas mentionnée dans la liste exhaustive édictée par le DFI suffit à l'exclure comme telle de la qualification de mesure préventive à charge de l'assurance obligatoire des soins.

c) Au surplus, contrairement à la distinction opérée par le Dr F._____, le préambule au chapitre 2 de la LA ne procède pas d'une distinction entre un risque génétique et une maladie génétique chez les descendants. Le préambule en question se limite à exclure de l'assurance obligatoire des soins toute analyse génétique destinée à écarter un risque

pour la descendance. L'analyse litigieuse constituant clairement une mesure destinée à écarter tout risque auprès de la descendance du recourant, elle est ainsi hors du champ de prise en charge de l'assurance-maladie.

5. En second lieu, reste à examiner si le coût de l'analyse génétique litigieux devrait être assumé par l'intimée au titre de mesure diagnostique dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire.

a) Aux termes de l'art. 25 al. 1 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. Conformément à l'art. 25 al. 2 LAMal, 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 (art. 25 al. 2 let. b LAMal). Les prestations dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal).

Pour garantir que les prestations prises en charge par l'assurance maladie obligatoire remplissent les exigences de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique, posées par l'art. 32 al. 1 LAMal, l'art. 33 LAMal prévoit un système pour désigner les prestations susceptibles d'être prises en charge ; ce système distingue selon le type de fournisseurs de prestations et/ou selon la nature de la prestation dispensée et est concrétisé par l'art. 33 OAMal (ATF 134 V 83 consid. 4.1 ; 129 V 167 consid. 3.2 ; TF 9C_743/2007 du 28 novembre 2008 consid. 2).

En ce qui concerne les prestations énumérées à l'art. 25 al. 2 let. b LAMal (analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques), le législateur a prévu un système dit de liste positive (ATF 134 V 83 consid. 4.1 ; 129 V 167 consid. 3.4).

b) La LA constitue une liste positive de prestations, qui a pour caractéristique d'être à la fois exhaustive et contraignante, 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. La prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire d'une prestation correspondant à une analyse suppose en principe que celle-ci figure dans la LA. 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 qui n'est pas mentionnée dans la LA (ATF 134 V 83 consid. 4.1 et les références citées ; 130 V 532 consid. 3.4 ; TFA K 55/05 du 24 octobre 2005 consid. 3).

c) Parmi les tests génétiques, il convient de distinguer entre les tests diagnostiques et les tests prédictifs, ces derniers ne pouvant être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins que s'ils ont été inclus dans la liste positive des mesures préventives à la charge de l'assurance obligatoire des soins selon l'art. 26 LAMal (Eugster, op. cit., n. 473 p. 558-559 ; consid. 3a et 3b supra).

Les tests diagnostiques ont pour but soit d'élucider une affection qui s'est déjà déclarée sur le plan clinique par l'analyse de la modification de gènes entrant en considération, soit de confirmer ou d'infirmer un diagnostic présumé ou un soupçon concret de maladie ; dans de tels cas, les tests diagnostiques constituent en principe un traitement à la charge de l'assurance obligatoire des soins, pour autant que les analyses effectuées figurent dans la LA et qu'ils puissent être considérés comme efficaces, appropriés et économiques (art. 32 al. 1 LAMal) dans le cas concret (Eugster, op. cit., n. 473 p. 558).

d) Selon le préambule à la LA, les analyses à charge de l'assurance-maladie dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins doivent servir à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al. 1 LAMal). Une analyse diagnostique doit permettre avec une probabilité acceptable de décider si un traitement est nécessaire, et si oui lequel, ou de réorienter le traitement médical appliqué jusqu'alors, ou de redéfinir les examens qui sont nécessaires (p.ex. pour prévenir, dépister

ou traiter à temps les complications typiques auxquelles on peut s'attendre) ou encore de renoncer à d'autres examens visant à explorer les symptômes, les séquelles ou les problèmes typiques auxquels on peut s'attendre. Les analyses, pour lesquelles il apparaît clairement, au moment où elles sont prescrites, qu'elles ne satisfont à aucun des quatre points précités, ne sont pas prises en charge. De plus, le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (art. 56 al. 1 LAMal ; TF 9C_462/2016 du 25 avril 2017 consid. 3.3).

6. a) En l'espèce, les positions 1374.00 (hématogramme V), 2021.00 (extraction ADN/ARN génomique), 2305.09 (thalassémies) et 2505.06 (thalassémies) figurent dans la LA. Cela étant, les examens litigieux ont été effectués afin de déterminer si le recourant était porteur d'une thalassémie, dès lors que son épouse, enceinte, était elle-même porteuse d'une alpha thalassémie hétérozygote et qu'il y avait un risque de transmission chez le fœtus (cf. rapports des Drs D._____ et F._____, datés respectivement des 13 octobre 2017 et 14 novembre 2017). Le Dr F._____ a précisé que le recourant présentait une microcytose, car la valeur de MCV était suggestive d'un désordre au niveau de l'hémoglobine, comme par exemple lors d'une thalassémie. Il a relevé qu'en présence d'une microcytose sans anémie ferriprive, une recherche de thalassémie était indiquée. Il a ajouté qu'un porteur d'une mutation sur les gènes HBA ou HBB ne présentait pas obligatoirement des symptômes. Cependant, le Dr F._____ a signalé qu'il aurait fallu « commencer par une électrophorèse des protéines », afin d'exclure totalement un défaut de l'hémoglobine, puis « faire une recherche moléculaire » (cf. rapport du 14 novembre 2017).

b) Il ressort ainsi des éléments communiqués par le Dr F._____ lui-même que le tableau clinique présenté par le recourant n'était pas suffisant pour justifier d'emblée l'analyse génétique litigieuse. On ne pouvait considérer qu'il existait des éléments concrets et fondés faisant soupçonner une thalassémie auprès du recourant, qui était au

demeurant totalement asymptomatique. Dans un tel cas, une électrophorèse aurait permis de mettre en évidence une éventuelle anomalie des protéines et la réalisation effective d'une maladie, en dépit de l'absence de tous symptômes. Il apparaît en conséquence qu'au moment de la prescription de l'analyse litigieuse, à défaut d'éléments concrets de la présence de la maladie, dite analyse ne répondait pas à des nécessités thérapeutiques ou de soins pour le recourant. Elle ne remplissait ainsi pas les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal.

c) Dès lors, on peut se rallier à la position de l'intimée et considérer que l'analyse litigieuse ne rentre pas non plus dans la catégorie des mesures diagnostiques à charge de l'assurance-maladie obligatoire sous l'angle de l'art. 25 LAMal.

7. a) Au vu de ce qui précède, la décision sur opposition attaquée doit être confirmée et le recours rejeté.

b) La procédure étant gratuite en vertu du droit fédéral (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais judiciaires. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni à la recourante qui succombe (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA), ni à l'intimée, qui n'y a pas droit en sa qualité d'assureur social (cf. ATF 128 V 323).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 20 décembre 2017 par Assura-Basis SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne (pour B. _____),
- Assura-Basis SA, à Le Mont-sur-Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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 :