

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 mars 2020

Composition : Mme DURUSSEL, juge unique
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourant,

et

T._____, à [...], intimée.

Art. 29 al. 1 Cst. ; art. 56 LPGA.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est assuré pour l'assurance obligatoire de soins en cas de maladie auprès de T._____ (ci-après : la caisse-maladie ou l'intimée).

Le 30 juin 2019, l'assuré a sollicité auprès du service du médecin-conseil de la caisse une garantie de prise en charge des coûts d'un vaccin contre l'hépatite A et l'hépatite B (vaccin HAVRIX® ou TWINRIX®), le choix final du vaccin restant à arrêter en fonction des couvertures vaccinales existantes. A l'appui de cette demande, il a exposé entretenir des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Le 4 juillet 2019, la caisse-maladie a informé son assuré que ce type de requête devait émaner d'un médecin. Elle lui a demandé de faire le nécessaire.

Le 9 juillet 2019, l'assuré a contesté la prise de position de sa caisse-maladie. Il a soutenu qu'aucune disposition légale ne prévoyait une obligation de prescription médicale pour les garanties de prise en charge. Il a requis de sa caisse-maladie une décision de prise en charge de la vaccination demandée, respectivement une décision statuant sur l'irrecevabilité de sa demande du 30 juin 2019.

Le 16 juillet 2019, la caisse-maladie a accusé réception du précédent courrier. Elle a indiqué à son assuré qu'elle était disposée à réexaminer sa demande, le prévenant toutefois que les éclaircissements nécessiteraient un certain temps.

Faisant suite à un téléphone de son assuré le 3 septembre 2019, la caisse maladie lui a confirmé le 5 septembre 2019 que sa demande était toujours en traitement auprès de son médecin-conseil.

Le 12 septembre 2019, la caisse-maladie a informé son assuré que les conditions de prise en charge des vaccins contre l'hépatite A et l'hépatite B seraient examinées par son médecin-conseil dès l'obtention d'un rapport médical détaillé émanant du médecin-traitant.

Par courrier électronique du 18 septembre 2019, l'assuré a réitéré ses arguments, se plaignant du délai de traitement de sa demande et du fait que sa caisse-maladie n'avait pas précisé quels éléments médicaux complémentaires devaient être fournis.

Le 3 octobre 2019, la caisse-maladie a accusé réception du précédent courrier électronique, indiquant que les éclaircissements à entreprendre pouvaient toutefois prendre un certain temps.

B. Par acte du 29 novembre 2019, X. _____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours tendant au constat d'un retard injustifié à statuer et à ce qu'un délai soit imparti à T. _____ pour rendre une décision ou pour indiquer quelles autres mesures d'instruction étaient nécessaires. En substance, le recourant déplore n'avoir reçu aucune réponse probante de l'intimée à ses différents courriers et courriers électroniques, lesquels portaient sur la prise en charge d'une vaccination du fait de l'appartenance à un groupe à risque ne nécessitant pas de délais de réponse aussi longs. Il reproche aussi à l'intimée l'exigence d'un rapport médical, mesure impropre selon lui à apporter un quelconque éclairage quant à son orientation sexuelle, et de ne pas avoir mis en œuvre des mesures d'instruction ou formulé de question complémentaire.

Le 13 décembre 2019, le recourant a écrit à l'intimée, l'informant de résultats de laboratoire (immunité à l'hépatite B). Il a précisé sa demande, ne requérant plus que la vaccination contre l'hépatite A.

Dans sa réponse du 8 janvier 2020, l'intimée conclut au rejet du recours. En substance, elle retient qu'aucun retard ou refus de statuer

ne peut lui être reproché. Elle admet que le recourant fait partie d'un groupe à risque. Elle expose que son médecin-conseil a besoin, avant de pouvoir se prononcer sur la prise en charge, d'obtenir une indication médicale sur le vaccin proposé et le schéma vaccinal choisi. Cette exigence relève, d'après l'intimée, de l'art. 26 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10), auquel renvoyait l'art. 12 OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832.112.31). L'intimée indique qu'une fois les renseignements nécessaires transmis par le médecin traitant de l'assuré, elle soumettrait le cas à son médecin-conseil et rendrait une décision relative à la prise en charge ou non du vaccin indiqué. Pour l'intimée, il n'y a pas de retard à statuer, faute de respect de l'obligation de collaborer par le recourant.

Aux termes de sa réplique du 27 janvier 2020, le recourant persiste dans ses précédents motifs et conclusions. Il précise que la question relative au choix du vaccin et du schéma vaccinal est dénuée de toute pertinence dès lors que, selon la liste des spécialités et le plan de vaccination, il n'existe qu'un seul vaccin contre l'hépatite A et qu'un seul schéma vaccinal pour la prophylaxie de cette maladie.

Dupliquant le 6 février 2020, l'intimée confirme ses motifs et conclusions.

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). 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). Un recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al. 2 LPGA). Le

recours doit alors être interjeté devant le tribunal qui serait compétent pour statuer sur un recours contre la décision attendue (ATF 130 V 90).

b) En l'espèce, le recours pour déni de justice a été interjeté auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et selon les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée a tardé à rendre une décision relative à la demande de prise en charge du traitement déposée le 30 juin 2019.

3. a) Même lorsqu'il invoque un déni de justice formel, le recourant doit être en mesure de faire valoir un intérêt actuel et pratique à l'admission de son recours (ATF 131 I 153 consid. 1.2). Un intérêt purement théorique est insuffisant. Sous réserve d'exceptions, dès le moment où l'autorité qui y est tenue a statué, un tel recours devient irrecevable ou, s'il a déjà été formé, sans objet faute d'un intérêt juridique actuel (ATF 125 V 373 consid. 1 ; TF 9C_414/2012 du 12 novembre 2012 consid. 1.1).

b) La procédure de recours pour déni de justice ou retard injustifié à statuer a pour objet de déterminer s'il y a ou non violation de l'obligation de statuer dans un délai raisonnable. Si le tribunal constate une telle violation, il doit renvoyer la cause à l'administration avec pour consigne d'entreprendre ou de poursuivre immédiatement l'instruction, ou encore de statuer sans délai. Le tribunal n'a en revanche pas à se saisir de l'objet de la demande présentée à l'administration ni d'autres conclusions matérielles du recourant (TF 9C_366/2016 du 11 août 2016 consid. 3 ; TF 8C_336/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

c) L'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) dispose que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. A l'instar de l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention européenne du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101) – qui n'offre, à cet égard, pas une protection plus étendue – cette disposition consacre le principe de la célérité en ce qu'elle prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans un délai que la nature de l'affaire, ainsi que toutes les autres circonstances, font apparaître comme raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1 ; 130 I 312 consid. 5.1 ; TF 9C_140/2015 du 26 mai 2015 consid. 4).

Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes. A cet égard, il appartient à l'administré d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié. On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts ; ceux-ci sont inévitables dans une procédure. Une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne peuvent cependant justifier la lenteur excessive d'une procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.2 ; TF 9C_448/2014 du 4 septembre 2014 consid. 4.1).

d) La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire (art. 43 al. 1 LPGA), selon lequel les faits déterminants pour la solution du litige doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin avec la collaboration des parties. Il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 61 let. c LPGA). En principe, l'assuré ne supporte ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves (TF 9C_91/2017 du 8 septembre 2017 consid. 3.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce

que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_398/2018 du 5 décembre 2018 consid. 3.1 ; 9C_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1 ; 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (TF 9C_91/2017 du 8 septembre 2017 consid. 3.1). Selon l'art. 43 al. 3 LPGa, l'assureur qui se heurte à un refus inexcusable de renseigner ou de collaborer peut soit se prononcer en l'état du dossier, soit clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière sur la demande de prestations. A cet effet, il doit avoir adressé à l'intéressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable.

4. 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. 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).

Aux termes de l'art. 12a OPAS, l'assurance obligatoire de soins en cas de maladie prend notamment en charge les coûts de la vaccination contre l'hépatite B selon le plan de vaccination 2019 (let. d) et ceux de la vaccination contre l'hépatite A selon le plan de vaccination 2019 pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes en dehors d'une relation stable (let. l).

5. a) Le recours tend à la constatation de l'existence d'un retard injustifié à statuer sur la demande de prise en charge formulée par le recourant et à ce qu'un délai soit imparti à l'intimée pour rendre une décision ou pour indiquer quelles autres mesures d'instruction sont nécessaires. Le recourant allègue qu'une prescription médicale est inutile dès lors qu'il appartient à un groupe à risque. A supposer qu'un rapport du médecin-traitant soit réellement nécessaire, le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir ordonné la mise en œuvre de mesure d'instruction. Il soutient que les exigences de l'intimée procèdent exclusivement d'un comportement dilatoire visant à éviter la prise en charge de la prestation demandée. Il estime que l'inaction de l'intimée durant cinq mois constitue un retard injustifié. Dans le cadre de ses échanges avec l'intimée, le recourant s'est encore prévalu de l'art. 71d al. 3 OAMal.

Pour l'intimée, la vaccination et le plan de vaccination sont déterminés par un médecin en connaissance de la situation médicale particulière de son patient. Il s'agit d'aboutir à un schéma efficace et adéquat en fonction des effets secondaires, des contre-indications, du suivi de la réponse et la nécessité de possibles rappels. Si l'intimée admet avoir le devoir d'instruire la demande, elle rappelle que le recourant a un devoir de collaboration. En ne fournissant pas les renseignements requis et en ne faisant pas suite à sa demande de prescription médicale, le recourant ne permet pas à l'intimée d'évaluer son obligation de prester ni

même d'instruire plus avant le cas. Faute de respect de ses obligations, le recourant ne peut pas se prévaloir d'un retard à statuer.

b) En l'occurrence, l'intimée a demandé au recourant de solliciter l'avis d'un médecin dès les premiers échanges (courriers des 4 et 6 juillet 2019, téléphone du 3 septembre 2019 et courrier du 5 septembre 2019), afin que ce dernier puisse donner des précisions médicales, ce que le recourant n'a pas fait. Le 12 septembre 2019, l'intimée a expliqué ce qu'elle attendait du recourant, à savoir :

« Les vaccins contre l'hépatite A et l'hépatite B figurent à l'art. 12a de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), lettre d pour l'hépatite B et lettre I pour l'hépatite A. Les vaccins Twinrix et Havrix sont inscrits dans la liste des spécialités (LS) et sont pourvus d'une limitation. Celle-ci indique que les vaccins préventifs sont à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour autant que les conditions de l'art. 12 OPAS soient respectées (voire lettres A à M). Ces conditions sont examinées par notre médecin-conseil dès obtention d'un rapport médical détaillé émanant du médecin traitant.

Dans votre courrier du 6 juillet 2019, vous faites mention que l'assureur doit rendre sa décision dans les deux semaines. Ce délai court à partir du moment où l'assureur est en possession de l'ensemble des documents nécessaires à l'évaluation de la demande.

Par ailleurs, l'article que vous énumérez définit les conditions de prise en charge des médicaments hors-autorisation de Swissmedic et hors-limitation voulue par la LS. Faute d'information détaillée, nous ne pouvons pas nous prononcer si cet usage s'effectue en dehors de l'agrément de Swissmedic et dans le cadre de la limitation de la LS. Comme indiqué précédemment, ces informations médicales sont manquantes à l'heure actuelle.

Notre médecin-conseil examinera la pertinence de l'art. 12 OPAS dès que les informations nécessaires seront à sa disposition. »

Le recourant s'est ensuite prononcé sur le courrier susmentionné par courrier électronique du 18 septembre 2019, recevant une réponse de l'intimée le 3 octobre 2019. Certes, cette dernière n'a plus donné de nouvelles depuis lors et jusqu'au dépôt du recours le 29 novembre 2019. Un tel délai de l'ordre de deux mois, qui s'apparente plus à un « temps morts » tel que décrit ci-dessus, n'est toutefois nullement constitutif d'un retard à statuer (consid. 3b *supra*). En effet, même si les indications contenues dans les courriers de l'intimée peuvent

paraître *a priori* sommaire, elles étaient suffisantes pour que le recourant soit en mesure de comprendre qu'il devait préalablement consulter son médecin. En effet, ce dernier était à même d'établir une prescription adéquate en vue de la vaccination dont la prise en charge est demandée en application de l'art. 12a OPAS. Il résulte de la systématique des art. 26 LAMal et 12a let. d et l OPAS que la prise en charge des coûts d'un vaccin contre l'hépatite A et l'hépatite B nécessite une prescription médicale pour déterminer la mesure la plus adaptée et efficace. Une telle prescription est conforme à ce que l'intimée a - en vain - réclamé au recourant. Dans sa réponse du 8 janvier 2020 et sa duplique du 6 février 2020, l'intimée a encore rappelé au recourant qu'un avis médical précisant le schéma thérapeutique choisi était nécessaire du fait que l'art. 26 LAMal prévoyait que les mesures préventives, soit en particulier la vaccination prophylactique, sont effectuées ou prescrites par un médecin, ce à quoi le recourant s'oppose. Or, une vaccination et à plus forte raison un plan de vaccination sont déterminés par un médecin en connaissance de la situation médicale particulière de son patient. Une vaccination se discute pour que le schéma utilisé soit efficace et adéquat ; les effets secondaires sont énoncés tout comme les contre-indications, le suivi de la réponse et la nécessité de possibles rappels font l'objet d'une discussion entre le médecin et son patient (Plan de vaccination suisse 2019, pp. 11 et 34).

Le recourant se prévaut de l'art. 71d al. 3 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102) qui prévoit que si la demande de prise en charge des coûts est complète, l'assureur rend sa décision dans les deux semaines. Cette disposition est inapplicable au cas d'espèce dans la mesure où elle s'applique à la prise en charge d'un médicament admis dans la liste des spécialités et utilisé pour une autre indication que celle autorisée par l'institut ou prévue par la limitation fixée dans la liste des spécialités. S'agissant du recourant, les vaccins sollicités seraient utilisés pour l'indication prévue, à savoir la prophylaxie de l'hépatite A, respectivement de l'hépatite B. Au demeurant, la demande de prise en charge des coûts est incomplète, faute de prescription

médicale, de sorte que, même appliquées par analogie, les conditions de l'art. 71d al. 3 OAMal ne seraient pas réunies.

En définitive, en ne fournissant pas à l'intimée la prescription médicale requise, le recourant n'a pas respecté son obligation de collaborer (art. 28 LPGA), de sorte qu'il ne peut pas se prévaloir en l'espèce d'une hypothétique lacune de l'instruction (art. 43 LPGA). En effet, s'il avait consulté son médecin, ce dernier aurait entrepris les démarches adéquates avec l'intimée. Son grief à ce propos est ainsi dépourvu de tout fondement. Faute de prescription médicale, l'intimée n'était pas en mesure d'examiner le cas ni de garantir la prise en charge.

De surcroît, le recourant a d'abord requis la prise en charge de plusieurs vaccins contre l'hépatite A et l'hépatite B, ne précisant l'objet de sa demande de vaccination contre l'hépatite A que dans un courrier électronique du 13 décembre 2019, soit en cours de procédure, puis le nom du vaccin requis dans sa réplique du 27 janvier 2020, de sorte que l'objet de la demande a été modifié en cours de procédure de recours. Ce point n'est toutefois pas décisif en l'espèce. Faute d'indication médicale adéquate, la caisse n'est pas plus en mesure de statuer après la réception du courrier électronique du 13 décembre 2019 qu'avant.

Dès lors que le recourant n'a pas respecté son devoir de collaboration, il convient de conclure à une violation de son obligation de collaborer (Jacques Olivier Piguet, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 51 ad art. 43 LPGA). En effet, il n'a pas donné suite à l'invitation du 4 juillet 2019 qui lui a été faite, dès la réception de sa demande, de produire une indication médicale sur le plan de vaccination à suivre compte tenu de son état de santé. Au final, l'intimée n'a jamais été en mesure de rendre une décision conforme aux art. 26 LAMal et 12a let. d et l'OPAS. A fortiori, l'intimée n'a pas tardé à rendre une décision.

En conclusion, les griefs de retard à statuer, respectivement de refus de statuer, sont infondés, ce qui conduit au rejet du recours.

5. **a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté. La cause est, pour le surplus, transmise à l'intimée comme objet de sa compétence.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La cause est transmise à T. _____ comme objet de sa compétence.

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

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- X. _____ (recourant),
- T. _____ (intimée),

- 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).

Le greffier :