

## VD\_FINDINFO AM 69/09 - 2/2010 vom 27. Januar 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-01-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AM\\_69\\_09\\_-\\_2\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AM_69_09_-_2_2010)

FR: VD\_FINDINFO AM 69/09 - 2/2010 du 27 janvier 2010

IT: VD\_FINDINFO AM 69/09 - 2/2010 del 27 gennaio 2010

### Regeste

PRESTATION D'ASSURANCE{AM}, DROIT D'ÊTRE ENTENDU | 29 al. 2 Cst., 1 al. 1 LAMal, 42 LPGA, 58 LPGA, 60 al. 1 LPGA, 61 let. a LPGA, 61 let. g LPGA, 2 LPA-VD, 55 al. 1 LPA-VD, 55 al. 2 LPA-VD, 91 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD, 94 al. 1 let. a LPA-VD, 99 LPA-VD

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 27.01.2010 AM 69/09 - 2/2010

PRESTATION D'ASSURANCE{AM}, DROIT D'ÊTRE ENTENDU | 29 al. 2 Cst., 1 al. 1 LAMal, 42 LPGA, 58 LPGA, 60 al. 1 LPGA, 61 let. a LPGA, 61 let. g LPGA, 2 LPA-VD, 55 al. 1 LPA-VD, 55 al. 2 LPA-VD, 91 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD, 94 al. 1 let. a LPA-VD, 99 LPA-VD

TRIBUNAL CANTONAL AM 69/09 - 2/2010 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 janvier 2010

Présidence de M. Abrecht, juge unique Greffier : M. Greuter  
\*\*\*\*\* Cause pendante entre : X. \_\_\_\_\_, à Lutry, recourant, représenté par Me Paul Marville, avocat à Lausanne, et Caisse M. \_\_\_\_\_, à Martigny, intimée.

Art. 42 LPGA; 29 al. 2 Cst. E n f a i t : A. a) X. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né le [...] 1955, est assuré pour l'assurance obligatoire de soins selon la LAMal par la caisse M. \_\_\_\_\_ (ci-après: la Caisse). Le 15 septembre 2008, la Caisse a reçu, par l'intermédiaire de l'assuré, la facture du laboratoire V. \_\_\_\_\_ SA par 739 fr. 80 relative au Test PCA 3 prescrit par le Dr J. \_\_\_\_\_. V. \_\_\_\_\_ SA est une société anonyme ayant pour but la promotion du diagnostic prédictif dans le domaine de la génétique, exploitation des analyses médicales, formation et recherche en génétique, ainsi que développement de nouveaux produits dans le domaine de la biologie moléculaire. Le Dr J. \_\_\_\_\_, l'un des fondateurs, y oeuvre en tant qu'administrateur. b) Le 22 septembre 2008, la Caisse a demandé au Dr J. \_\_\_\_\_ des renseignements médicaux s'agissant du Test PCA 3 effectué par le laboratoire V. \_\_\_\_\_ SA. En date du 10 octobre 2008, le Dr J. \_\_\_\_\_ a fourni sa réponse au médecin-conseil de la Caisse, le Dr S. \_\_\_\_\_. c) Par courriel du 11 novembre 2008, le Dr S. \_\_\_\_\_ a demandé l'avis de la Dresse K. \_\_\_\_\_, membre de la Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (ci-après: la CFAMA-LA). Par courriel du 8 janvier 2009, la Dresse K. \_\_\_\_\_ a préconisé le refus de prise en charge de ce test par l'assurance obligatoire des soins; elle a en outre communiqué qu'une facturation de ce test en référence à des positions figurant sur la liste des analyses était prohibée. d) Le 19 janvier 2009, la Caisse a informé l'assuré et son médecin que le Test PCA 3 n'était pas remboursé par l'assurance obligatoire des soins. En effet, selon la CFAMA-LA, ce test ne pouvait faire l'objet d'aucune prise en charge, n'ayant pas fait l'objet d'une reconnaissance. Partant, la Caisse a refusé le remboursement de ce test.

e) Le 24 mars 2009, l'avocat Paul Marville a informé la Caisse du fait qu'il représentait l'assuré dans le litige qui les opposait. Il a notamment soutenu qu'il n'était pas possible de dénier le caractère approprié, économique et efficace du traitement Test Prostate Cancer Gene 3-PCA 3. Le 24 avril 2009, le conseil de l'assuré a transmis à la Caisse la copie d'un courrier du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 17 avril 2009 indiquant que l'assuré présentait depuis plusieurs années un prostatisme pour lequel il était suivi par le Dr J.\_\_\_\_\_. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ mentionnait qu'en 2008, l'assuré avait présenté un taux pathologique de PSA (antigène spécifique de la prostate) et une volumineuse hypertrophie de celle-ci; dès lors, la proposition d'effectuer un test PCA 2 était logique et justifiée; cet examen avait permis de conclure que le risque de cancer de la prostate était faible et avait ainsi permis de renoncer aux biopsies. f) Par décision formelle du 6 mai 2009, la caisse M.\_\_\_\_\_ a refusé la prise en charge du test PCA 3 pour les motifs suivants: "En date du 19 janvier 2009 nous avons informé votre client, ainsi que son médecin le Dr J.\_\_\_\_\_, de notre refus de prise en charge du Test PCA3. En effet, selon la Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA-LA), cet examen ne peut pas faire l'objet d'une prise en charge. Ce test ne peut prétendre à un remboursement par le biais de l'assurance obligatoire des soins (AOS), car il n'a pas fait l'objet d'une reconnaissance à ce titre par l'organe compétent précité. (...) L'article 12 OPAS renferme une liste positive des mesures médicales de prévention prises en charge par l'AOS, en plus des mesures diagnostiques et thérapeutiques. (...) Cette disposition ne comprend pas l'analyse génétique spécifique du cancer de la prostate, correspondant à une évaluation des risques potentiels associés à une maladie ou un état. Or, le fait que cet article ne contienne qu'un catalogue restreint de telles mesures est donc inhérent au système prévu par le législateur. Dès lors, force est d'admettre que, faute de figurer dans la liste positive des mesures médicales de prévention, le Test PCA3 ne doit pas être pris en charge par l'AOS. Par ailleurs, nous avons tout de même analysé le dossier de votre client sous l'angle du diagnostic médical. Dans ce contexte, nous vous informons qu'une facture anonymisée du Test PCA3 a été adressée à Madame le Dr K.\_\_\_\_\_ de la CFAMA-LA. Cette dernière nous a confirmé que cet examen n'a à ce jour pas fait l'objet d'une reconnaissance des instances compétentes. Par conséquent, il ne peut être pris en charge par les assureurs maladie au titre de l'assurance obligatoire des soins. Ces derniers ne doivent prendre en charge que les analyses figurant sur la liste des analyses (LA). Une tarification par analogie n'est pas autorisée, ce qui a d'ailleurs été communiqué au Dr J.\_\_\_\_\_ lors de la rencontre du 5 mars 2009." g) Par courrier du 5 juin 2009, l'assuré, par son conseil, s'est opposé à cette décision, en faisant valoir: qu'il s'agissait d'une mesure diagnostique de détermination précise d'indices pathologiques existants ordonnée par le médecin et non pas d'une mesure médicale prophylactique, prédictive ou préventive; que le remboursement du test était à l'étude en France, Belgique et Hollande et pris en charge en Allemagne, Angleterre, Autriche et Italie; que la mesure diagnostique en question était efficace, appropriée et économique; que s'il s'agissait d'une forme de médecine préventive, il faudrait alors prendre en charge le test au même titre que le dépistage du cancer du sein pour les femmes en vertu du principe de droit constitutionnel à l'égalité des sexes. h) Le 22 juin 2009, la caisse a accusé réception de l'opposition et informé l'assuré qu'une détermination lui parviendrait dès que tous les éléments nécessaires auraient été réunis. Par courrier du 25 juin 2009, la Caisse a demandé à la Dresse K.\_\_\_\_\_ du Département fédéral de l'intérieur de bien vouloir lui confirmer la réponse transmise antérieurement par courriel à son médecin-conseil par le biais d'un courrier officiel signé. Un rappel a été envoyé à la Dresse K.\_\_\_\_\_ le 23 juillet 2009. Le 26 août 2009, la Dresse K.\_\_\_\_\_ a

répondu à la demande de la Caisse. Elle mettait notamment en doute que l'évidence de l'efficacité du test PCA 3 ait été apportée d'un point de vue scientifique. Elle ajoutait que ce test, indépendamment de la question de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité, ne pouvait être facturé sur la base de la liste des analyses, n'étant pas lui-même mentionné sur cette liste positive. La Dresse K. \_\_\_\_\_ concluait que le test Prostate Cancer Gene 3 ne pouvait pas être facturé en tant qu'analyse diagnostique de laboratoire selon la liste des analyses; elle ajoutait qu'elle n'était pas en mesure de dire s'il pouvait être facturé selon le TARMED en tant que prestation de pathologie (diagnostique et non préventive). B. Par décision sur opposition du 21 octobre 2009, la Caisse a rejeté l'opposition interjetée le 5 juin 2009 contre sa décision du 6 mai 2009 refusant de prise en charge du Test PCA 3, qu'elle a confirmée. En droit, cette décision sur opposition retient notamment ce qui suit:

"L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Ces prestations comprennent les analyses prescrites par un médecin (cf. article 25 alinéa 1 et alinéa 2 lettre b LAMaI). L'article 26 LAMaI stipule 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. Dites mesures de prévention sont mentionnées au chapitre 3 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). En vertu de l'article 32 LAMaI, les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 LAMaI doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement. Le Conseil fédéral désigne en détail les prestations prévues à l'article 26 LAMaI (cf. article 33 alinéa 2 LAMaI). Selon l'article 52 alinéa 1 lettre a chiffre 1 et alinéa 3 LAMaI, après avoir consulté les commissions compétentes et conformément aux principes des articles 32 alinéa 1 et 43 alinéa 6, le département édicte une liste des analyses avec tarif. Les analyses peuvent être facturées au plus d'après les tarifs, prix et taux de rémunération au sens de l'alinéa 1. Le Conseil fédéral désigne les analyses effectuées au cabinet du médecin pour lesquelles le tarif peut être fixé d'après les articles 46 et 48. La liste des analyses fait partie intégrante de l'OPAS, dont elle constitue l'annexe 3 (cf. article 28 OPAS). L'article 12 OPAS renferme une liste positive des mesures médicales de prévention prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS), en plus des mesures diagnostiques et thérapeutiques. En vertu de l'article 12d, lettre f OPAS, traitant des mesures en vue de dépistage précoce de maladie chez certains groupes à risques, l'AOS prend en charge les coûts du conseil génétique, pose d'indication pour des analyses génétiques et prescription des analyses de laboratoire associées conformément à la liste des analyses (LA) en cas de suspicion de prédisposition à un cancer héréditaire chez les patients et leurs parents au premier degré, sous certaines conditions. La question litigieuse est de savoir si la caisse-maladie refuse à juste titre de prendre en charge le Test PCA 3 prescrit par le Dr J. \_\_\_\_\_ et réalisé par le laboratoire V. \_\_\_\_\_ le 8 juillet 2008. En l'occurrence, le Test PCA 3 ne fait pas partie des mesures de prévention mentionnées au chapitre 3, articles 12 à 12e de l'OPAS. Dès lors, faute de figurer dans la liste positive des mesures médicales de prévention, le Test PCA 3 ne doit pas être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Sous l'angle du diagnostic médical, le Test PCA 3 n'a à ce jour pas fait l'objet d'une reconnaissance des instances compétentes et d'une tarification dans la liste des analyses (LA). Or, l'assurance obligatoire des soins ne peut prendre en charge que les analyses figurant sur la LA. En outre, une tarification par analogie n'est pas

autorisée. Partant, l'assureur ne peut pas prendre en charge ce test. Notre point de vue est totalement partagé par la CFAMA-LA. Le médecin répondant nous a informé que dans la bande de données américaine UpToDate n'était aucunement mentionné, que ce soit pour le diagnostic du carcinome de la prostate ou le screening, un test génétique similaire. La CFAMA-LA doute d'ailleurs que l'évidence de l'efficacité de ce test ait été apportée. Toujours selon la CFAMA-LA, elle a écrit le 28 août 2009 'Unabhängig von der Frage der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit kann der Prostate Cancer Gene 3-Test jedoch nicht über die Analysenliste verrechnet werden, da er in dieser Positivliste nicht aufgeführt ist. Tatsache ist, es sind nur Positionen technischer Natur sowie Zuschläge aus dem Kapitel Genetik der Analysenliste vom 1. Januar 2006 aufgeführt (8811.01 und folgende) ohne eine Krankheitsposition (8810.01 bis 8810.35) bzw. deren anonymisierte Positionsnummer (9800-er Nummer), was unzulässig ist. Die allgemein-technischen Positionen und die Zuschläge im Unterkapitel Molekulargenetische Analysen können nur im Zusammenhang mit einer Grundkrankheit (Positionen 8810.01 bis 8810.35) in Rechnung gestellt werden, nicht aber für sich alleine'. La CFAMA-LA nous indique encore que dans le cadre d'une facturation par un institut de pathologie dans le cadre de la LAMaI 'Im Gegensatz zur Analysenliste ist TARMED keine Positivliste. Falls die Pathologen diesen Test an Prostatagewebe durchführen würden, wäre es möglicherweise eine Pflichtleistung. Im Kapitel Pathologie von TARMED existieren nämlich einige molekulargenetische Positionen technischer Natur, d.h. es sind Methoden genannt ohne konkrete Untersuchungen bestimmter Gewebe oder Diagnosen bestimmter Krankheiten'. La conclusion rendue par la CFAMA-LA stipule que dans le cadre de l'AOS, le Test PCA 3 ne peut pas être facturé en tant que diagnostic analytique de laboratoire selon la LA." C. a) L'assuré recourt contre cette décision sur opposition par acte du 20 novembre 2009, en concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que la décision attaquée soit réformée respectivement annulée en ce sens que la prescription par le Dr J. \_\_\_\_\_ du Test PCA 3 et l'analyse réalisée par le laboratoire V. \_\_\_\_\_ SA le 8 juillet 2008 sont intégralement prises en charge par la Caisse. A l'appui de son recours, il invoque notamment les arguments suivants: Au sujet de l'argument de la Caisse suivant lequel le Test PCA 3 ne fait pas partie des mesures de prévention mentionnées au chapitre 3, art. 12 à 12e de l'OPAS, le recourant observe que selon un envoi du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 17 avril 2009, il a présenté un taux pathologique de PSA et une volumineuse hypertrophie de la prostate (cf. lettre A.e supra). Il ne s'agit donc pas, à proprement parler, d'une mesure médicale de prévention, puisque les éléments transmis par le Dr Q. \_\_\_\_\_ posaient inéluctablement une indication à une biopsie. Or selon la doctrine, une "mesure diagnostique" doit être reconnue, et donc prise en charge, en présence d'une maladie existante ou d'une menace immédiate et concrète à la santé du patient ("Untersuchung oder Behandlung bei akuter oder konkret drohender Gesundheitsstörung"; Eugster, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Bâle 1998, n° 110 p. 56; cf. aussi Maurer/Scartazzini/Hürzeler, Bundessozialversicherungsrecht, 3 e éd., Bâle 2009, n° 81 p. 310), hypothèse dans laquelle les conditions restrictives de l'art. 26 LAMaI ne sont pas applicables, mais bien celles, plus larges, de l'art. 25 aI. 2 let. b LAMaI. Au sujet du deuxième argument de la Caisse, selon lequel la CFAMA-LA doute de la preuve de l'évidence et de l'efficacité du test, le recourant constate que la Caisse se réfère à un médecin répondant se référant à une banque de données américaines UpToDate, permettant de constater, d'après elle, que la CFAMA-LA confirmerait le point de vue de la caisse intimée. Or, à ce sujet, et malgré des développements en allemand, à aucun moment les renseignements ou l'avis de la

CFAMA-LA, dont on dit qu'elle aurait écrit le 28 août 2009, n'ont été portés à la connaissance du recourant et de son conseil, respectivement soumis à leur examen, alors même que l'opposition date du 5 juin 2009 et la décision déférée du 21 octobre 2009. Le recourant estime ainsi que la Caisse a méconnu son droit d'être entendu et que cette violation ne peut que conduire, le cas échéant, à l'annulation de la décision attaquée, le recourant précisant qu'il souhaiterait par préférence que cette décision soit réformée dans le sens de l'admission pure et simple du recours et de la prise en charge du Test PCA 3. b) Dans sa réponse du 8 janvier 2010, la Caisse conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 21 octobre 2009. Exposant qu'est litigieuse la question de savoir si elle était fondée à refuser au recourant la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins du Test PCA 3 prescrit par le Dr J.\_\_\_\_\_ et réalisé par le laboratoire V.\_\_\_\_\_ SA le 8 juillet 2008, elle fait valoir en substance que le Test PCA 3 ne figure pas parmi les mesures de prévention mentionnées au chapitre 3, art. 12 à 12e de l'OPAS, un tel examen n'étant en particulier pas mentionné parmi les mesures liées au dépistage d'un cancer (telles la mammographie de dépistage mentionnée à l'art. 12e let. c OPAS); dès lors, faute de figurer dans la liste positive des mesures médicales de prévention, le Test PCA 3 ne doit pas être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins à ce titre. La Caisse réfute en outre l'argument du recourant selon lequel le test litigieux ne constituerait pas, à proprement parler, une mesure médicale de prévention, mais une mesure diagnostique qui devrait être reconnue - et donc prise en charge - en présence d'une maladie existante ou d'une menace immédiate et concrète à la santé du patient, en vertu de l'art. 25 al. 2 let. b LAMaI dont les conditions s'appliqueraient en lieu et place de celles plus restrictives de l'art. 26 LAMaI. A cet égard, la Caisse expose ce qui suit: "Toutefois, comme rappelé supra, les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 LAMaI doivent être efficaces appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. Or, sous l'angle du diagnostic médical, le Test PCA3 n'a à ce jour pas fait l'objet d'une reconnaissance des instances compétentes et d'une tarification dans la liste des analyses (LA). L'assurance obligatoire des soins ne peut prendre en charge que les analyses figurant sur la LA. En outre, une tarification par analogie n'est pas autorisée. L'avis du Dr K.\_\_\_\_\_ de la CFAMA-LA confirme ce constat. En effet, dans un mail du 8 janvier 2009 confirmé par le courrier du 26 août 2009, ce dernier a informé l'intimée que le test PCA3 n'a malheureusement pas encore fait l'objet d'une reconnaissance des instances compétentes et ne peut être pris en charge, pour l'instant du moins, par les assureurs maladie au titre de l'AOS. Le Dr K.\_\_\_\_\_ met notamment en doute que l'évidence de l'efficacité du test PCA3 ait été apportée d'un point de vue scientifique. Il conclut que le test Prostate Cancer Gene 3 ne peut pas être facturé en tant qu'analyse diagnostique de laboratoire selon la liste des analyses. Il ajoute encore que dans la banque de données américaine UpToDate un test génétique similaire n'était aucunement mentionné, que ce soit pour le diagnostic du carcinome de la prostate ou le screening. Par conséquent, l'assureur ne peut pas non plus prendre en charge ce test en tant que mesure diagnostique." E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent. Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 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, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., 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) L'art. 29 al. 2 Cst. garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. aussi, dans les procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPGA). La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368, consid. 3.1, et les références). Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans son jugement, soit tenue d'en aviser les parties (ATF 132 V 387, consid. 3.1; 128 V 272, consid. 5b/bb; 115 V 297, consid. 2a). Les intéressés doivent ainsi être informés lorsque de nouvelles pièces essentielles, qu'ils ne connaissent pas et ne peuvent pas non plus connaître, sont ajoutées au dossier (ATF 132 V 387, consid. 6.2, et les références citées). Selon la jurisprudence, le droit de consulter le dossier, en tant que condition à l'exercice du droit d'être entendu, est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 132 V 387, consid. 5.1; 127 V 431, consid. 3d/aa; 106 Ia 73, consid. 2), sous la seule réserve des cas où la violation du droit d'être entendu n'est pas d'une gravité particulière et où la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431, consid. 3d/aa; 126 I 68, consid. 2; 126 V 130, consid. 2b, et les références ). b) En l'espèce, par décision formelle du 6 mai 2009, la Caisse a refusé la prise en charge du test PCA 3 pour le motif que cet examen, même s'il devait être considéré comme mesure diagnostique et non comme mesure de prévention, n'avait à ce jour pas fait l'objet d'une reconnaissance des instances compétentes et ne pouvait être pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins; en effet, les assureurs maladie ne devaient prendre en charge que les analyses figurant sur la liste des analyses (cf. lettre A.f supra). Par courrier du 5 juin 2009, l'assuré, par son conseil, s'est opposé à cette décision, en faisant valoir que le test dont la prise en charge était demandée constituait une mesure diagnostique de détermination précise d'indices pathologiques existants ordonnée par le médecin, et non une mesure prédictive ou préventive, et qu'en tant que mesure diagnostique, elle était efficace, appropriée et économique (cf. lettre A.g supra). Après avoir accusé réception de l'opposition et informé l'assuré qu'une détermination lui parviendrait dès que tous les éléments nécessaires auraient été réunis, la Caisse a demandé à la Dresse K. \_\_\_\_\_ du Département fédéral de l'intérieur de bien vouloir lui confirmer par le biais d'un courrier officiel signé la réponse transmise antérieurement par courriel à son médecin-conseil; la Dresse K. \_\_\_\_\_ a répondu à la demande de la Caisse par courrier du 26 août 2009 (cf. lettre A.h supra). Il est constant que la Caisse n'a pas avisé l'assuré de ce qu'elle versait au dossier cette nouvelle pièce. Or dans sa décision sur opposition du 21 octobre 2009, par laquelle elle a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé son refus de prendre en charge le

Test PCA 3, la Caisse, après avoir exposé que faute de figurer dans la liste positive des mesures médicales de prévention, le test litigieux ne devait pas être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins en tant que mesure de prévention, a considéré qu'il ne devait pas non plus être pris en charge s'il fallait le considérer comme une mesure diagnostique. A cet égard, la Caisse s'est essentiellement appuyée sur le courrier de la Dresse K. \_\_\_\_\_ du 26 août 2009, dont elle a cité de larges extraits dans sa décision sur opposition (cf. lettre B supra). Il s'avère ainsi que la Caisse, dans sa décision sur opposition, s'est prévalue d'une nouvelle pièce considérée manifestement comme un élément important - comme le confirme l'argumentation de sa réponse au recours, dans laquelle elle s'appuie à nouveau largement sur cette pièce (cf. lettre C.b supra) - alors qu'elle n'avait pas avisé l'assuré de ce qu'elle versait au dossier cette nouvelle pièce et que l'assuré n'a ainsi pas eu l'occasion de se déterminer à ce propos. Ce faisant, la Caisse a violé le droit d'être entendu du recourant, ce qui doit entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond, s'agissant d'une violation du droit d'être entendu qui porte sur un point que la Caisse elle-même considérait comme déterminant et qui ne saurait dans ces circonstances être réparée devant la Cour de céans (cf. consid. 2a supra). 3. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, le dossier étant renvoyé à l'autorité intimée pour qu'elle statue à nouveau après avoir communiqué au recourant le courrier de la Dresse K. \_\_\_\_\_ du 26 août 2009 et lui avoir donné l'occasion de s'exprimer à ce propos. b) S'agissant des frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter à 1'000 fr. le montant des dépens et de les mettre à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Par ces motifs, le juge unique prononce : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 21 octobre 2009 par la Caisse vaudoise est annulée et le dossier renvoyé à cette autorité pour qu'elle statue à nouveau après avoir procédé au sens des considérants. III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire. IV. Une indemnité de 1'000 fr. (mille francs), à verser au recourant à titre de dépens, est mise à la charge de l'intimée. Le juge unique: Le greffier: Du L'arrêt qui précède est notifié à: ■ Me Paul Marville (pour X. \_\_\_\_\_), ■ Caisse M. \_\_\_\_\_, - 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:

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.