

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 novembre 2011

Présidence de Mme PASCHE, juge unique
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante, représentée par Me Isabelle Moret, avocate à Lausanne,

et

S. _____, à Lausanne, intimée.

Art. 56 al. 2 LPGA; art. 29 al. 1 Cst.

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après: l'assurée), née le 13 décembre 1929, était assurée auprès de S._____ (ci-après: S._____ ou la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), le risque accident étant inclus et la franchise annuelle fixée à 500 francs. Elle disposait aussi auprès de cet établissement de diverses assurances complémentaires selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA).

L'assurée a été traitée à plusieurs reprises en Espagne, notamment en 2003, 2004 et 2005. S._____ a pris en charge les montants facturés à ce titre (cf. notamment décomptes de prestations des 22 août 2003, 25 mai 2004, 16 juillet 2004, 6 août 2004, 5 juillet 2005, 23 décembre 2005).

Par décision du 11 mars 2005, S._____ a refusé la prise en charge des frais des traitements effectués par le Dr A._____ et le Prof. P._____ en Espagne du 21 septembre au 3 novembre 2004, en expliquant que dans la mesure où ils constituaient la suite d'une thérapie débutée en Suisse, la condition de l'urgence faisait défaut.

A la suite de l'opposition de l'assurée, laquelle demandait la prise en charge des traitements litigieux, S._____ a admis par décision sur opposition du 14 septembre 2005 la prise en charge des traitements prodigués par le Dr A._____ et le Prof. P._____ entre le 21 septembre et le 3 novembre 2004, retenant que ces traitements avaient été rendus nécessaires en raison d'une affection aigue apparue après le départ de l'assurée à l'étranger, si bien que les conditions de l'art. 36 al. 2 OAMal (ordonnance sur l'assurance-maladie) étaient remplies.

Sur interpellation de l'avocate de l'assurée, S._____ a précisé par courrier du 17 octobre 2005 que la décision sur opposition du 14 septembre 2005 comportait une erreur de plume, sa prise en charge

portant sur le traitement prodigué du 21 septembre au 9 novembre 2004, date du rapport et de la note d'honoraires du Prof. P._____.

S._____ a établi un décompte de prestations le 28 octobre 2005, qui retenait ce qui suit s'agissant des soins prodigués en Espagne du 21 septembre au 9 novembre 2004:

	Montant facturé	Montant non reconnu	Montant reconnu
du 21.09.04 au 22.10.04	1'503.50	645.50	858.00
du 28.10.04 au 28.10.04	1'687.40	1'257.40	430.00
du 24.09.04 au 09.11.04	992.30	580.75	411.55

Elle a établi un autre décompte de prestations le 11 novembre 2005, qui faisait état de ce qui suit s'agissant des traitements prodigués en Espagne du 3 juin au 30 septembre 2005:

	Montant facturé	Montant non reconnu	Montant reconnu
du 17.09.05 au 30.09.05	809.65	355.25	454.40
du 09.06.05 au 30.06.05	309.60		309.60
du 03.06.05 au 29.06.05	879.20	651.95	227.25
du 06.06.05 au 20.09.05	56.10	43.20	12.90

Par courrier du 13 novembre 2005 à S._____, l'assurée a déclaré s'opposer au décompte de prestations du 28 octobre 2005 et a prié la caisse de s'acquitter de l'entier des frais relatifs aux traitements prodigués en Espagne du 21 septembre au 9 novembre 2004.

Le 9 décembre 2005, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a demandé à S._____ des éclaircissements "avant qu'[elle] ne rend[e] une décision formelle susceptible d'opposition au sens de l'article 49 LPGGA".

Par courrier du même jour, S._____ a exposé directement à l'assurée que la prise en charge des frais médicaux lors de son séjour en Espagne s'élevait au maximum au double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse; il s'ensuivait que le tarif suisse était seul déterminant. Ainsi, la prise en charge, au titre de l'assurance obligatoire, des soins prodigués de septembre à novembre 2004 en Espagne s'élevait selon la caisse à 2'394 fr. 85; la somme de 1'699 fr. 55 lui ayant déjà été remboursée, le complément de 695 fr. 30 allait prochainement lui être versé.

Par lettre du 26 décembre 2005 à S._____, l'avocate de l'assurée a déclaré contester à nouveau le décompte du 9 décembre 2005, mentionnant qu'il ne lui paraissait pas correct.

Le 10 mai 2007, l'assurée, par l'intermédiaire de son avocate, a requis de S._____ le versement d'un montant de 2'051 fr. 90, correspondant au solde à régler des factures ayant fait l'objet de la décision sur opposition du 14 septembre 2005. Elle relevait en outre qu'une nouvelle série de factures relatives à des traitements prodigués de juin à septembre 2005, toujours en provenance d'Espagne, n'avait pas été prise en charge, totalisant 1'110 fr. 40 (cf. décompte du 11 novembre 2005). L'assurée, par son conseil, a relancé S._____ par courriers des 20 novembre 2007, 15 février 2008 et 4 avril 2008, impartissant dans ce dernier courrier un délai au 30 avril 2008 à S._____ pour lui verser la somme de 2'051 fr. 90 correspondant au solde des factures ayant fait l'objet de la décision sur opposition du 4 septembre 2005 [recte: 14 septembre 2005], ainsi que pour rendre une décision formelle relative aux soins prodigués en Espagne de juin à novembre 2005.

Par courrier du 24 avril 2008, S._____ a répondu à l'assurée lui avoir indiqué à maintes reprises les conditions de prise en charge des traitements prodigués en Espagne ainsi que les motifs qui rendaient compliqué l'examen des frais soumis par l'intéressée. Elle s'est ensuite déterminée sur l'ensemble des factures litigieuses, constatant notamment

des facturations douteuses et le versement de montants trop élevés (le double).

Le 2 février 2009, le conseil de l'assurée a requis S._____ de lui notifier une décision complémentaire à la décision sur opposition du 14 septembre 2005, se prononçant sur le remboursement du solde de 2'051 fr. 90, ainsi qu'une décision formelle relative aux factures dont elle demandait le remboursement pour les traitements suivis en Espagne de juin à novembre 2005.

Le 6 mars 2009, S._____ a fait savoir à l'assurée que sa demande de décision était manifestement tardive, le délai d'une année prévu par le Tribunal fédéral étant échu.

Les 17 mars 2009, 29 mai 2009, 14 juillet 2009 et 20 août 2009, l'assurée a requis S._____ de rendre les décisions demandées. Le 29 septembre 2009, l'assurée a fait parvenir à l'Office des poursuites de Lausanne-Ouest une réquisition de poursuite par laquelle elle réclamait à S._____ le paiement de la somme de 2'051 francs 90 avec intérêts à 5% dès le 14 septembre 2005, à titre de "solde à régler des factures ayant fait l'objet de la décision sur opposition du 14 septembre 2005".

B. Par acte de son conseil du 14 décembre 2009, L._____ a déposé un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son admission (I), et à ce que S._____ soit sa débitrice et doive immédiatement lui payer la somme de 2'059 fr. 90 avec intérêts à 5% l'an dès le 14 septembre 2005 à titre de solde à régler pour les factures ayant fait l'objet de la décision sur opposition du 14 septembre 2005 (II), ainsi que la somme de 1'110 fr. 40 avec intérêts à 5% l'an dès le 11 novembre 2005 à titre de remboursement pour les factures des soins effectués par le Dr A._____ et le chiropraticien [...] ainsi que pour le médicament Buccomethasan durant la période du 3 juin au 9 novembre 2005 (III). Elle précise déposer un recours conformément à l'art. 56 al. 2 LPGA (loi sur la partie générale du droit des assurances sociales),

dans la mesure où l'intimée n'a pas donné suite à ses requêtes de décision complémentaire à sa décision du 14 septembre 2005, ainsi que de décision concernant la prise en charge des différents traitements intervenus du 3 juin au 9 novembre 2005. En substance, elle fait valoir que les factures relatives aux soins prodigués entre le 21 septembre et le 9 novembre 2004 doivent être intégralement couvertes par l'intimée. Elle expose en outre que les factures du Dr A. _____ pour les traitements du 3 au 29 juin 2005 et du 17 au 30 septembre 2009 [recte: 2005] doivent être intégralement prises en charges, de même que la facture relative au médicament Buccomethasan. S'agissant de la facture du chiropraticien [...], la recourante explique qu'elle doit être prise en charge, dans la mesure où elle a dû consulter ce thérapeute en urgence pour une grave lombalgie. La recourante observe qu'il est abusif de la part de l'intimée d'admettre la prise en charge du traitement prodigué par le Dr A. _____ et le Prof. P. _____ entre le 21 septembre et le 3 novembre 2004, puis finalement refuser le remboursement des montants qu'elle s'était engagée à prendre en charge. Elle fait enfin valoir que l'intimée avait pour usage de couvrir les coûts des traitements qu'elle suivait en Espagne, ce qui fait apparaître le refus de l'intimée de s'acquitter des montants litigieux d'autant plus injustifié.

Dans sa réponse du 14 juillet 2010, S. _____ conclut principalement à l'irrecevabilité du recours, et subsidiairement au renvoi de la cause pour prise de décision formelle. Elle expose que la recourante n'a pas exigé qu'une décision soit rendue sur les décomptes de prestations des 28 octobre et 11 novembre 2005, sinon le 4 avril 2008 s'agissant des soins dont elle avait bénéficié de juin à novembre 2005, et jamais s'agissant des soins dispensés du 21 septembre au 9 novembre 2004. La caisse en déduit que faute pour la recourante d'avoir sollicité dans un délai d'une année qu'une décision formelle ne soit rendue, son recours est irrecevable. Elle expose en outre que les conclusions de la recourante ne pourraient quoi qu'il en soit uniquement tendre à la constatation du déni de justice ou du retard injustifié et au renvoi de la cause pour prise de décision formelle, les conclusions condamnatoires de la recourante étant irrecevables.

Dans sa réplique du 12 novembre 2010, la recourante confirme les conclusions de son recours, ajoutant conclure, avec suite de frais et dépens, principalement, au rejet de la conclusion principale de S._____ et à ce que son recours soit déclaré recevable et, subsidiairement, au renvoi de la cause à S._____ pour qu'elle rende une décision formelle sur les prétentions élevées à la suite des décomptes de prestations des 28 octobre et 11 novembre 2005.

Dans sa duplique du 15 décembre 2010, l'intimée confirme intégralement les conclusions formulées dans sa réponse du 14 juillet 2010.

Dans des déterminations complémentaires du 20 janvier 2011, la recourante fait valoir que lorsque l'intimée s'est prononcée sur son opposition, elle était déjà en possession des factures litigieuses, si bien qu'elle ne pouvait ignorer à combien se chiffrait le remboursement demandé. Elle en déduit que lorsque l'intimée indique prendre en charge les traitements prodigués par le Dr A._____ et le Prof. P._____ en Espagne entre le 21 septembre et le 9 novembre 2004, elle admet la prise en charge totale desdits traitements, faute de quoi il lui incombait d'émettre des réserves sur ce point.

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 (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 (art. 56 al.1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, soit celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le 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).

En l'espèce, le recours du 14 décembre 2009, en tant qu'il est formé pour déni de justice formel, soit pour défaut de décision de la part de la caisse intimée (art. 56 al. 2 LPGA), auprès du Tribunal compétent (ATF 130 V 90 consid. 2), est recevable. Les conclusions actives en paiement de la recourante sont quant à elles irrecevables, le droit de recours de l'art. 56 al. 2 LPGA servant à mettre en oeuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101; ATF 134 I 229 consid. 2.3).

b) 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). De valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la présente cause doit être tranchée par un membre de la Cour statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En vertu de l'art. 29 al. 1 Cst., toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable (ATF 134 I 229 consid. 2.3). Cette disposition prohibe le déni de justice formel, qui peut prendre la forme d'un retard à statuer ou d'un refus de statuer (ATF 117 Ia 116 consid. 3a; 107 Ib 160 consid. 3b et les références citées). Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou au-delà de tout délai raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1 et les références citées; 130 I 312 consid. 5.1 et les références citées).

Selon la jurisprudence, le caractère raisonnable ou adéquat du délai s'apprécie au regard de la nature de l'affaire et de l'ensemble des circonstances, lesquelles commandent généralement une évaluation globale; sont notamment déterminants, entre autres critères, 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 (ATF 130 I 312 consid. 5.2 et les arrêts cités; TF 8C_613/2009 du 22 février 2010, consid. 2.2). A cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre certaines démarches pour inviter l'autorité à faire diligence, notamment en incitant celle-ci à accélérer la procédure ou en recourant pour retard injustifié; on ne saurait par ailleurs reprocher à l'autorité quelques "temps morts", qui sont inévitables dans une procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.2 et les références citées; TF 8C_613/2009 du 22 février 2010, consid. 2.2). Dans le cadre de cette appréciation d'ensemble, il faut également tenir compte du fait qu'en droit des assurances sociales, la procédure de première instance est gouvernée par le principe de célérité (ATF 126 V 244 consid. 4a et les références; TF 8C_613/2009 du 22 février 2010, consid. 2.3; TFA I 241/2004 du 15 juin 2005, consid. 3.2.1), lequel ne peut toutefois l'emporter sur la nécessité d'une instruction complète (ATF 119 Ib 311 consid. 5b; TFA I 819/2002, du 23 avril 2003, consid. 2.3).

b) Selon l'art. 51 LPGa, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 LPGa (disposition selon laquelle "l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord") peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1). L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (al. 2). La loi ne précise pas dans quel laps de temps l'intéressé doit déclarer son désaccord avec le mode de règlement choisi par l'administration. Mais, d'après la jurisprudence, on contreviendrait aux principes de l'équité et de la sécurité du droit si l'on considérait comme sans importance, du point de vue juridique, une renonciation - expresse ou tacite - à des prestations. On peut en effet attendre de la personne qui n'admet pas une certaine solution, et qui entend voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours, qu'elle fasse connaître son point de

vue dans un délai d'examen et de réflexion convenable (ATF 126 V 23 consid. 4b p. 24; RAMA 1990 no K 835 p. 82 consid. 2a et les références; arrêt K 172/04 du 13 mars 2006). Ainsi, selon la jurisprudence, l'octroi de prestations sans décision formelle par un assureur social - dans le cadre de la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGA - peut produire les mêmes effets qu'une décision entrée en force si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord ou sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 122 V 367 consid. 3; TFA C 253/06 du 6 novembre 2007, consid. 3.1). L'octroi de prestations d'assurances sociales par un simple décompte peut en particulier faire l'objet de la procédure simplifiée, soit sans décision formelle, prévue par l'art. 51 LPGA (TF 8C_1027/2008 du 8 septembre 2009, consid. 3; TF 8C_938/2008 du 22 septembre 2009, consid. 3; question laissée ouverte: TF C 253/06 du 6 novembre 2007, consid. 3), respectivement par l'ancien droit avant l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 122 V 367; 120 V 44 consid. 6b; TFA C 205/00 du 8 octobre 2002).

3. Il convient en l'espèce de distinguer les soins prodigués du 21 septembre au 9 novembre 2004, ayant donné lieu au décompte de prestations du 28 octobre 2005, et le décompte de prestations du 11 novembre 2005, relatifs aux soins prodigués du 3 juin au 30 septembre 2005.

a) En ce qui concerne le décompte de prestations du 28 octobre 2005, l'intimée ne peut valablement soutenir que la recourante n'a pas manifesté son désaccord le concernant. Cette dernière s'est ainsi adressée par courrier du 13 novembre 2005 à l'intimée afin de la prier de prendre en charge l'intégralité des montants relatifs aux traitements ayant fait l'objet du décompte du 28 octobre 2005. En outre, par courrier du 9 décembre 2005 de son conseil, elle a invité l'intimée à la renseigner sur le décompte en question, en précisant "avant que vous ne rendiez une décision formelle susceptible d'opposition au sens de l'article 49 LPGA". Elle a par la suite à nouveau manifesté son désaccord avec le décompte

de prestations du 28 octobre 2005 le 26 décembre 2005. En pareilles circonstances, l'intimée aurait dès lors dû rendre une décision formelle, ce qu'elle n'a pourtant pas fait, commettant ainsi un déni de justice formel au sens de la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. consid 2 *supra*). Le recours doit dès lors être admis sur ce point.

Cela étant, la recourante paraît considérer que la décision sur opposition lui donnait droit au remboursement intégral des prestations pour la période en cause, savoir du 21 septembre au 9 novembre 2004. Or à lecture de cette décision, il apparaît que si le principe de la prise en charge a été admis, le montant de la restitution et ses modalités n'ont pas été tranchés. Il n'en demeure pas moins que lorsque la décision sur opposition a été rendue, l'intimée était en possession de toutes les factures relatives aux soins prodigués en Espagne du 21 septembre au 9 novembre 2004, et qu'elle n'a émis aucune réserve quant à leur prise en charge dans sa décision sur opposition. Par ailleurs, à cette date, elle avait pris en charge de manière systématique l'intégralité des montant relatifs aux soins prodigués à la recourante dans ce pays jusqu'alors. Si la question du montant du solde à régler sur les factures ayant fait l'objet de la décision sur opposition du 14 septembre 2005 ne peut être tranchée dans le cadre d'un recours pour déni de justice (cf. consid. 1 *supra*), il n'en demeure pas moins que, compte tenu des circonstances particulières du cas d'espèce et du principe général de la bonne foi, la recourante semblait en droit d'obtenir le paiement de l'intégralité des frais de traitement prodigués du 21 septembre au 9 novembre 2004.

b) En ce qui concerne le décompte de prestations du 11 novembre 2005, la situation n'est pas comparable: dans ce cas, l'assurée n'a manifesté son désaccord avec ledit décompte que par courrier de son conseil du 10 mai 2007, dans lequel on peut notamment lire que "ma cliente me signale [...] avoir des difficultés à obtenir le remboursement d'une nouvelle série de factures, toujours en provenance d'Espagne, pour la période de juin à novembre 2005. Il s'agit des prestations faisant l'objet de votre décompte du 11 novembre 2005, envoyé directement à ma cliente". Or le décompte du 11 novembre 2005 signifiait clairement à la

recourante que seule une partie des montants facturés était reconnue. Bien que ce refus partiel n'ait pas fait l'objet d'une décision formelle, la recourante n'a pas manifesté son désaccord avec la solution adoptée ni exprimé sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (cf. art. 51 al. 2 LPGA), sinon par courrier de son conseil du 10 mai 2007, soit dix-huit mois après la communication du décompte litigieux. A défaut de réaction dans un délai d'examen et de réflexion convenable, il y a lieu de considérer que le décompte de prestations admettant partiellement la prise en charge des frais de traitements litigieux est entré en force.

4. a) Il résulte de ce qui précède que le recours pour déni de justice doit être admis en tant qu'il concerne l'absence de décision formelle à la suite du décompte de prestations du 28 octobre 2005, et rejeté pour le surplus. L'intimée sera dès lors invitée à rendre une décision sur le décompte de prestations du 28 octobre 2005, dans les trente jours à compter de la notification du présent arrêt.

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). En revanche, la recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens réduits (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD), qu'il y a lieu en l'espèce d'arrêter à 700 fr. compte tenu de la complexité de l'affaire, à la charge de l'intimée.

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

- I.** Le recours pour déni de justice formé par L._____ à l'encontre de S._____ est admis en tant qu'il concerne l'absence de décision formelle à la suite du décompte établi le 28 octobre 2005; il est rejeté pour le surplus.

II. L'intimée est invitée à statuer dans les trente jours dès la notification du présent arrêt.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

IV. Une indemnité de 700 fr. (sept cents francs), à payer à la recourante à titre de dépens réduits, est mise à la charge de l'intimée.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Isabelle Moret (pour L. _____)
- S. _____
- 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 :