

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 août 2010

---

Présidence de M. ABRECHT, juge unique  
Greffier : M. Germond

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**E.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Aba Neeman,  
avocat à Montreux,

et

**H.** \_\_\_\_\_, Service juridique Département prestations, à Zurich, intimée.

---

**Art. 29 al. 1 Cst.; 82 LPA-VD**

**E n f a i t :**

**A. a)** E. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née le 6 août 1966, domiciliée à Lausanne, est affiliée pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal auprès de la caisse-maladie H. \_\_\_\_\_ (ci-après: la Caisse).

**b)** En date du 4 mars 2009, la Dresse I. \_\_\_\_\_ du Centre multidisciplinaire de l'obésité de la Clinique [...], à [...], a sollicité de la Caisse un préavis pour une prise en charge chirurgicale de l'obésité par by-pass gastrique chez l'assurée. À l'appui de sa requête, elle a relevé que cette dernière présentait «une obésité modérée de classe I selon l'OMS avec un poids de 86.9 kg pour une taille de 165 cm (BMI 31.9 kg/m<sup>2</sup>) et une répartition abdominale du tissu graisseux». Elle a ajouté que «les co-morbidités métaboliques sont importantes. Actuellement, le diabète est devenu très difficile à contrôler et est quasi ingérable, malgré l'introduction de l'insulinothérapie».

**c)** Par courrier du 9 mars 2009, la Dresse V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en endocrinologie-diabétologie, a également prié la Caisse de bien vouloir envisager la prise en charge d'une opération de by-pass gastrique chez l'assurée. Elle a notamment relevé que «Madame E. \_\_\_\_\_ ne répond pas aux critères médicaux permettant d'obtenir une prise en charge d'un by-pass par les assurances-maladie, son BMI étant de 31.5 kg/m<sup>2</sup> (87 kg/m<sup>2</sup>). Toutefois, en raison des complications sévères qu'elle a déjà présentées ainsi que du problème métabolique très difficile à équilibrer, je pense qu'il n'y a pas d'autre solution à envisager».

**d)** Par courrier du 23 avril 2009, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie au Centre [...], à [...], a indiqué que « [d]u point de vue cardiologique, nous pensons que l'indication à effectuer une intervention de chirurgie bariatrique est clairement indiquée malgré que la patiente ne remplisse pas les critères de poids/BMI ».

**B. a)** En date du 24 avril 2009, la Caisse a informé la Dresse I. \_\_\_\_\_ que l'opération de by-pass gastrique envisagée chez l'assurée ne serait pas prise en charge.

Suite à l'interpellation du 4 août 2009 par le conseil de l'assurée, la Caisse a rendu le 24 août 2009 une décision de refus de prise en charge d'un by-pass gastrique, au motif que les conditions exhaustives de l'annexe 1 à l'OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, RS 832.112.31) n'étaient pas remplies.

**b)** L'assurée, représentée par l'avocat Aba Neeman, a formé opposition contre cette décision le 24 septembre 2009.

Par courrier du 21 décembre 2009, l'assurée, par son conseil, a constaté que trois mois après l'opposition, aucune décision sur opposition de la Caisse n'avait été rendue et a prié cette dernière de bien vouloir y procéder.

Par courrier du 22 avril 2010, l'assurée s'est étonnée de ce qu'une décision sur opposition n'avait pas encore été rendue et a demandé à la Caisse de bien vouloir rendre une décision sur opposition d'ici la première dizaine du mois de mai.

**C. a)** Le 2 juin 2010, l'assurée saisit la Cour des assurances sociales d'un recours pour déni de justice et retard injustifié à l'encontre de la Caisse. Elle fait valoir qu'elle a formé opposition à l'encontre de la décision de refus de prise en charge de l'intervention chirurgicale bariatrique rendue le 24 août 2009 par H. \_\_\_\_\_ et que huit mois plus tard, la Caisse n'a donné aucune nouvelle, ni par courrier, ni par décision. Malgré les deux interpellations des 21 décembre 2009 et 22 avril 2010 par la recourante, l'intimée est restée sous silence. La Caisse n'invoque pas de mesures d'instruction qu'elle aurait dû mener et qui justifieraient ce long délai. Quoi qu'il en soit, la seule lecture du dossier en sa possession aurait permis à l'intimée de constater que l'état de santé de la recourante

justifierait que l'on admette son opposition. La solution au litige ne requiert pas une appréciation minutieuse des preuves et du cas, dès lors que le litige opposant les parties ne relève pas d'un degré de complexité élevé. Estimant ainsi que le délai que H.\_\_\_\_\_ met pour rendre une décision sur opposition est manifestement excessif, compte tenu également de l'importance de la procédure pour la recourante - l'intervention chirurgicale litigieuse ayant été devisée à hauteur de 21'000 fr., six jours d'hospitalisation y compris -, la recourante prend, avec suite de frais et dépens, les conclusions suivantes:

"1. Le recours est admis.

2. Il est constaté que la caisse maladie H.\_\_\_\_\_ a commis un déni de justice.

3. La caisse maladie H.\_\_\_\_\_ est tenue d'aménager immédiatement une instruction et de rendre, dans le délai à dire du Tribunal, une décision fixant la prise en charge des frais d'intervention chirurgicale bariatrique qu'a due subir Madame E.\_\_\_\_\_."

**b)** Dans sa réponse du 6 août 2010, auquel elle joint son dossier avec bordereau, la Caisse expose qu'aucune décision sur opposition n'a été rendue à ce jour à cause de la surcharge de son service juridique, des absences pour vacances et des malentendus entre son Siège et sa succursale à Lausanne. Elle s'excuse pour les dérangements ainsi causés auprès du tribunal, de la recourante et du conseil de cette dernière et prend les conclusions suivantes :

« 1. Le recours (déni de justice) est admis.

2. Il est ordonné à H.\_\_\_\_\_ de rendre d'ici au 15 septembre 2010 une décision en statuant sur les moyens invoqués par la partie recourante.

3. Il est alloué à la recourante une équitable indemnité pour ses dépens, à la charge de H.\_\_\_\_\_ selon l'appréciation du tribunal.

4. Les frais de procédure et de décision sont mis à la charge de H.\_\_\_\_\_ selon l'appréciation du tribunal. »

**c)** Le 11 août 2010, le juge instructeur transmet à la recourante la réponse de la Caisse du 6 août 2010, ainsi qu'une copie du

dossier qui y était joint, et informe les parties qu'un arrêt sera rendu à bref délai selon la procédure de l'art. 82 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36).

### **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 (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir en principe 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, formé pour déni de justice formel, soit à défaut de toute décision (art. 56 al. 2 LPGA), auprès du Tribunal compétent (ATF 130 V 90 consid. 2), 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). Dans le domaine des assurances sociales, le juge instructeur statue en tant que juge unique sur les recours dont la valeur litigieuse n'excède pas 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), ce qui est le cas en l'espèce.

**2. a)** En vertu de l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale du 18 avril 1999, RS 101), 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)** En l'espèce, la Caisse reconnaît à juste titre qu'en n'ayant rendu aucune décision sur opposition plus de dix mois après avoir été saisie d'une opposition de l'assurée contre sa décision du 24 août 2009 refusant la prise en charge de l'opération de chirurgie bariatrique demandée par l'assurée, sans pouvoir justifier ce retard par quelque nécessité procédurale que ce soit et alors que l'assuré l'a invitée à deux reprises – par courriers des 21 décembre 2009 et 22 avril 2010 – à faire diligence avant de recourir pour retard injustifié, elle a commis un déni de justice formel au sens de la jurisprudence qui vient d'être rappelée. Le recours pour déni de justice doit donc être admis selon la procédure de l'art. 82 LPA-VD.

**3. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours pour déni de justice doit être admis et l'intimée invitée à rendre une décision sur opposition, statuant sur les moyens invoqués par la recourante, 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 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 1'200 fr. le montant de ces 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 pour déni de justice formé par E. \_\_\_\_\_ à l'encontre de H. \_\_\_\_\_ est admis.
- II. L'intimée est invitée à statuer dans les trente jours dès la notification du présent arrêt sur l'opposition formée par la recourante contre la décision qu'elle a rendue le 24 août 2009.
- III. Une indemnité de 1'200 fr. (mille deux cent francs), à payer à la recourante 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 Aba Neeman (pour E. \_\_\_\_\_),
- H. \_\_\_\_\_ Service juridique Département prestations,
- 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 :