

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 mai 2021

Composition : M. NEU, juge unique
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Inclusion Handicap en la
personne de Me Karim Hichri, avocat à Lausanne,

et

W._____, à [...], intimée.

Art. 29 al. 1 Cst. ; 49 et 56 al. 2 LPGA

E n f a i t :

A. Q._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est assuré pour l'assurance obligatoire de soins en cas de maladie (LAMal) auprès de W._____ (ci-après : la caisse-maladie ou l'intimée) depuis 1991. Il bénéficie de l'assurance obligatoire des soins de base (module « [...] ») ainsi que de certaines assurances complémentaires facultatives (notamment le module « [...] »).

L'assuré a été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) dans le courant du mois de juillet 2016. A la suite de son hospitalisation, une prise en charge sous la forme de séances de physiothérapie et d'ergothérapie a été prescrite afin d'améliorer ses capacités motrices et de les maintenir. Il bénéficie également de séances de psychothérapie.

Par acte de son médecin neurologue traitant, le Dr V._____, adressé le 3 octobre 2018 au service du médecin-conseil de W._____, l'assuré a requis de son assureur-maladie, sur la base d'un bilan neuropsychologique complet produit par son médecin, la prise en charge d'un séjour stationnaire auprès de la M._____ (ci-après : M._____).

Par courrier du 2 novembre 2018, la caisse-maladie a répondu que, renseignements pris auprès de son médecin-conseil, le séjour prévu n'était pas à la charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins de base ([...]), dès lors que la nécessité d'une réadaptation stationnaire n'était pas démontrée. Par contre, une cure de convalescence pour 21 jours lui était accordée.

Après que l'assuré a adressé à son assurance-maladie une prescription établie le 2 novembre 2018 par son médecin généraliste, le Dr J._____, W._____ lui a répondu, par courrier du 14 novembre 2018, qu'après réexamen du cas par son médecin-conseil, la nécessité d'une réadaptation en milieu hospitalier, singulièrement à la M._____, n'était pas davantage prouvée. Par contre, une cure de convalescence étant médicalement prouvée, la confirmation de 21 jours de cure dans un

établissement reconnu lui serait délivrée. Afin de pouvoir communiquer l'étendue exacte de ses prestations, l'assureur a requis du médecin traitant qu'il délivre une prescription de cure de convalescence avec les détails de la station thermale et de la maison de cure appropriée.

Par courrier adressé à l'assureur le 19 novembre 2018, l'épouse de l'assuré s'est étonnée du fait que le médecin-conseil ne pouvait être identifié, faisant au surplus valoir que le Dr V. _____ n'avait pas prescrit une réadaptation, mais une réhabilitation intensive qui ne pouvait se faire en ambulatoire, son époux ne pouvant rester sans surveillance.

Par courrier du 7 février 2019 adressé à l'assurance de protection juridique de son assuré, W. _____ a fait valoir ce qui suit, s'agissant de son refus de prise en charge du séjour dans la M. _____ : « Nous avons vérifié les documents avec notre médecin-conseil plusieurs fois. En raison d'un manque de nouvelles connaissances médicales, nous avons refus[é] une prise en charge et nous devons en tenir à notre décision ».

Représenté par un nouveau mandataire, Me Karim Hichri, avocat au sein de l'association Inclusion Handicap, l'assuré a revendiqué, par courriers des 14 et 27 mars 2019, la production de l'ensemble de son dossier afin de pouvoir juger du bien-fondé du refus de prise en charge d'un traitement à la clinique de [...], et sollicité une renonciation à invoquer le cas échéant la prescription. Sans réponse, le mandataire de l'assuré a requis, par courrier du 1^{er} mai 2019, puis du 9 octobre 2019, qu'une décision sujette à opposition lui soit notifiée.

Par courrier du 22 octobre 2019, W. _____ a répondu que, hormis ceux déjà envoyés, elle ne disposait pas d'autres documents, la consultation avec le médecin-conseil ayant été verbale. Sa décision de refus de prester était ainsi confirmée, produisant une déclaration de renonciation à invoquer la prescription datée du 21 octobre 2019.

Par courrier du 11 novembre 2019, invoquant une inacceptable rétention d'information, puis par lettre du 27 janvier 2020, Me Hichri a requis qu'une décision formelle sujette à opposition lui soit notifiée, conformément à la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) et à la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10), dans un délai au 28 février 2020, à défaut de quoi une procédure judiciaire serait engagée.

N'ayant pas reçu de réponse, Me Hichri a réitéré une ultime demande de décision formelle par courrier du 9 mars 2020, invoquant le refus de la prise en charge du séjour hospitalier à [...], ainsi qu'un nouveau refus de prise en charge d'un traitement d'ergothérapie signifié le 4 février 2020.

Par lettre du 19 mars 2020, W._____ a adressé à Me Hichri une copie de deux lettres des 14 novembre 2018 et 5 mars 2020, précisant que la demande de réexaminer la poursuite de l'ergothérapie était à nouveau à l'étude. Le 20 mars 2020, Me Hichri a fait savoir à l'assureur que les annexes mentionnées n'étaient pas jointes à son courrier.

B. Par acte de son mandataire du 22 juin 2020, Q._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours pour déni de justice à l'encontre de W._____. Invoquant le refus du droit à la consultation de son dossier ainsi que l'absence d'explication objectivement fondée et de décision formelle quant au refus de prise en charge du séjour hospitalier à la M._____, il invoque en substance, en se rapportant aux avis médicaux de ses médecins traitants, un état de santé qui se dégrade faute d'une réadaptation stationnaire. Il requiert la production de son dossier complet pour prise de connaissance et conclut au renvoi de la cause à W._____ pour statuer sans délai sur la prise en charge des frais du séjour hospitalier litigieux.

Dans une réponse succincte du 28 septembre 2020, l'intimée conclut au rejet du recours. En substance, elle retient que la demande de garantie d'hospitalisation pour une réadaptation neurologique motivée par le Dr V._____ a fait l'objet d'une évaluation téléphonique avec son médecin-conseil, avec refus signifié par écrit le 2 novembre 2018 et confirmé le 14 novembre 2018, seules les conditions d'une cure de convalescence étant en l'occurrence médicalement justifiées. Elle précise que le conseil de l'assuré a confondu la réadaptation à la M._____ avec une réadaptation à la Clinique N._____ demandée le 15 mai 2020. Copie de quelques documents était jointe à cet envoi, dont le formulaire de la M._____ de prise en charge du séjour, validé par le Dr V._____, et un refus de garantir une hospitalisation à la Clinique N._____ datée du 24 juin 2020.

Répliquant par acte de son conseil du 21 novembre 2020, le recourant constate que l'intimée admet implicitement le bien-fondé du recours dès lors qu'elle ne nie pas n'avoir jamais rendu de décision formelle. Concluant principalement au constat d'un déni de justice, le recourant conclut subsidiairement à l'obligation pour l'intimée de prendre en charge les frais d'une réadaptation stationnaire dès lors que la péjoration de son état de santé le requiert.

Invitée à trois reprises à se déterminer, l'intimée s'est abstenue de dupliquer.

Par acte du 7 mai 2021, le recourant a confirmé ses motifs et conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA 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 d'un séjour stationnaire à la M. _____ déposée le 1^{er} novembre 2018.

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).

En l'espèce, le recourant démontre clairement un tel intérêt actuel et pratique, dès lors que ses deux médecins traitants attestent de la nécessité du séjour hospitalier demandé en raison de son état de santé.

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).

Partant, le recours est irrecevable dans la mesure où il conclut, à titre subsidiaire, à contraindre l'intimée à prendre en charge la réadaptation stationnaire demandée au fond.

4. a) La notion de déni de justice, déduite de l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), confère notamment à toute personne le droit à ce que sa cause soit jugée dans un délai raisonnable. Cette disposition consacre le principe de la célérité en ce sens qu'elle prohibe le retard injustifié à statuer. Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, notamment l'ampleur et la difficulté de celle-ci ainsi que le comportement du justiciable, mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 131 V 407 consid. 1.1 ; 130 I 312 consid. 5.1 ; TF 9C_140/2015 du 26 mai 2015 consid. 4).

b) L'art. 49 LPGA prévoit que 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 (al. 1). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). Aux termes de l'art. 51 al. 1 LPGA, les prestations, créances ou injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée. La prise de position de l'assureur selon cette procédure informelle n'est pas susceptible d'opposition ou de recours, mais les droits de l'assuré sont garantis par la possibilité d'exiger

qu'une décision formelle soit rendue au sens de l'art. 51 al. 2 LPGA (TF 8C_340/2018 du 16 mai 2019 consid. 4.1 et les références citées).

Une communication effectuée conformément au droit sous la forme simplifiée de l'art. 51 al. 1 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 avec la solution adoptée par l'assureur social et exprimé sa volonté que celui-ci statue sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 134 V 145 consid. 5.2 ; 129 V 110 consid. 1.2.2). En présence d'une telle réaction de l'assuré, l'assureur a l'obligation de statuer par une décision formelle selon l'art. 49 (cf. art. 51 al. 2 LPGA). Si ce dernier ne rend pas de décision, le recours pour déni de justice est ouvert (art. 56 al. 2 LPGA). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assureur selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. A défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (ATF 134 V 145 consid. 5.3.2).

c) 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 ; TF 9C_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1 ; TF 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 précité 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 l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable.

5. a) En l'espèce, le recours tend à la constatation de l'existence d'un retard injustifié à statuer sur la demande de prise en charge du séjour stationnaire à la M._____, produite le 1^{er} novembre 2018. Cette demande a été dûment motivée, notamment par le médecin spécialiste en neurologie V._____, soutenant, avec le corps médical qui suit l'assuré, qu'un tel séjour stationnaire avec thérapies intensives est de nature à permettre une amélioration fonctionnelle (hémiplégie + syndrome hémiplégique droit), ce que des thérapies purement ambulatoires ne permettent pas (cf. l'avis du Dr V._____ adressé le 9 novembre 2018 au médecin-conseil de l'intimé).

b) Or, ce n'est que par de simples courriers, au contenu au demeurant très succinct, que l'intimée a opposé un refus à cette demande, invoquant l'interpellation de son médecin-conseil, lequel aurait estimé que les conditions d'une réadaptation stationnaire n'étaient pas justifiées sur le plan médical, contrairement à celles pour une cure de convalescence. Par ailleurs, à la demande légitime de l'assuré de se voir communiquer le contenu de son dossier, singulièrement la motivation d'un médecin-conseil dont on ignore du reste l'identité et l'éventuelle spécialité, l'intimée s'est bornée à se rapporter à une consultation téléphonique avec celui-ci, respectivement quelques échanges d'écritures,

sans étayer ni même développer les motifs qui auraient conduit ledit médecin-conseil à sa prise de position.

c) Ainsi, non seulement l'intimée s'est clairement abstenue, malgré de nombreuses demandes dûment motivées, de rendre une décision formelle sujette à opposition, mais elle a entravé l'assuré dans sa demande légitime et répétée de pouvoir disposer du dossier constitué. On ne voit par ailleurs pas que l'assuré ait de quelconque manière tardé à agir ou contrevenu à son devoir de collaborer à l'instruction.

En conclusion, les griefs de retard à statuer, respectivement de refus de statuer, s'avérant manifestement fondés, il se justifie d'admettre le recours et d'inviter l'intimée à rendre sans délai une décision formelle sujette à opposition, qui soit fondée sur un dossier qui comprenne une prise de position écrite et motivée du médecin-conseil concerné.

6. Sur le vu de ce qui précède, le recours, fondé, doit être admis dans la mesure où il est recevable, et le dossier de la cause renvoyé à l'intimée pour qu'elle rende une décision formelle au sens des considérants, comme objet de sa compétence.

La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA).

Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire, le recourant peut prétendre à une indemnité de dépens à la charge de l'intimée. Il convient de la fixer en équité à 1'500 francs (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
le juge unique**

prononce :

- I. Le recours est admis dans la mesure où il est recevable.
- II. La cause est renvoyée à W._____ pour qu'elle rende à bref délai une décision formelle sujette à opposition, au sens des considérants.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV. W._____ versera à Q._____ une équitable indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Inclusion Handicap, Me Karim Hichri (pour Q._____),
- W._____,
- 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 :