

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mai 2026

Composition : M. PIGUET, président
Mme Berberat et M. Dépraz, juges
Greffière : Mme Santoro

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à Q***, recourant,

et

HELSANA ASSURANCES SA, à Lausanne, intimée.

Art. 6 § 1 CEDH ; 29 al. 1 Cst. ; 56 al. 2 LPGA

En fait et en droit :

Vu le malaise cardiaque dont A. _____ (ci-après : le recourant) a été la victime le 22 mars 2026 au cours de ses vacances au R***,

vu la demande de prise en charge de ses frais d'hospitalisation à l'étranger adressée le 31 mars 2026 par A. _____ à Helsana Assurances SA (ci-après : l'intimée),

vu les courriels de relance adressés les 14,16, 21, 23, 27 et 28 avril 2026 par A. _____ à Helsana Assurances SA,

vu les lettres des 21, 27 avril et 8 mai 2026, par lesquelles Helsana Assurances SA a expliqué à A. _____ que la facture transmise nécessitait un examen approfondi de celle-ci,

vu les échanges téléphoniques entre A. _____ et Helsana Assurances SA entre le 31 mars et le 5 mai 2026,

vu le recours pour déni de justice interjeté le 1^{er} mai 2026 par A. _____,

vu la réponse d'Helsana Assurances SA du 18 mai 2026,

vu les pièces du dossier ;

attendu que, selon l'art. 56 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances compétent les décisions rendues sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte,

qu'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),

que cette disposition prohibe le déni de justice formel, qui peut prendre la forme d'un retard à statuer ou d'un refus de statuer,

qu'en l'espèce, le recours n'est pas dirigé contre une décision formelle au sens de l'art. 56 al. 1 LPGA,

que le recourant fait grief à l'intimée de ne pas statuer sur la prise en charge de son hospitalisation à l'étranger et, partant, de refuser de statuer au sens de l'art. 56 al. 2 LPGA,

que l'art. 29 al. 1 Cst. 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,

qu'à l'instar de l'art. 6 par. 1 CEDH – qui n'offre, à cet égard, pas une protection plus étendue –, cette disposition consacre le principe de la célérité, autrement dit prohibe le retard injustifié à statuer,

que l'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 130 I 312 consid. 5.1 et les références ; voir également TF 9C_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 3.1),

que la LPGA et la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) ne fixent pas le délai dans lequel l'assureur doit rendre sa décision,

qu'en pareil cas, le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale,

qu'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,

qu'à cet égard, il appartient au justiciable 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,

qu'on ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts, ceux-ci étant inévitables dans une procédure,

qu'une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne peuvent en revanche justifier la lenteur excessive d'une procédure, car il appartient en effet à l'Etat d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 130 I 312 précité consid. 5.2 et les références ; voir également TF 9C_426/2011 précité consid. 3.2),

qu'en l'espèce, le recourant a, par demande du 31 mars 2026, sollicité la prise en charge de ses frais d'hospitalisation à l'étranger,

que, selon l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles,

qu'aux termes de l'art. 34 al. 2 let. a LAMal, le Conseil fédéral peut prévoir la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales,

que, conformément à l'art. 36 al. 2 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102), l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger,

qu'il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié,

qu'en vertu de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin,

que, selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues,

que, selon le système de la loi, il appartient par conséquent aux assureurs-maladie de contrôler les factures qui leur sont soumises,

que, dans le cas d'espèce, il y a lieu d'examiner si les conditions de l'art. 36 al. 2 OAMal sont réalisées,

que le recourant a adressé sa demande de prise en charge de ses frais d'hospitalisation à l'étranger le 31 mars 2026,

que, par courrier du 27 avril 2026, l'intimée a informé le recourant que les documents remis n'étaient pas suffisants pour vérifier le bien-fondé de la demande de prise en charge et a demandé la production de documents supplémentaires, demande à laquelle le recourant n'a, à ce jour, pas donné suite,

que les démarches de l'intimée n'ont rien d'inhabituel s'agissant de la prise en charge d'un traitement à l'étranger,

que la procédure d'instruction de la demande suit actuellement son cours devant l'intimée, sans qu'il y ait lieu d'affirmer à l'heure actuelle - moins de deux mois après le dépôt de la demande - qu'elle a atteint une durée excessive,

qu'il n'y a pas lieu de considérer, au regard de l'ensemble des circonstances, que l'intimée fait preuve de retard à statuer,

que, manifestement mal fondé, le recours doit être rejeté ;

attendu que, compte tenu du caractère manifestement infondé du recours, la question de la recevabilité de celui-ci peut demeurer indécise ;

attendu qu'il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice ni d'allouer de dépens (art. 61 let. f^{bis} et g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- M. A. _____,
- Helsana Assurances SA,
- 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 :