

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 avril 2018

Composition : M. NEU, juge unique
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

G._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, à Lausanne,

et

PHILOS ASSURANCE MALADIE SA, à Martigny (VS), intimée.

Art. 53 al. 3 LPGA et 94 al. 1 let. c LPA-VD

E n f a i t :

A. **a)** Né en 1960, G._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a exercé dès le 1^{er} mai 2010 la profession de comptable au service de la société N._____ SA. Il bénéficiait à ce titre d'une assurance perte de gain collective en cas de maladie auprès de Philos Assurance Maladie SA (ci-après : Philos ou l'intimée) prévoyant le versement d'une indemnité journalière d'un montant de 293 fr. 48 pendant 730 jours sous déduction d'un délai d'attente de 30 jours.

Le 26 mai 2015, l'employeur de l'assuré a annoncé à Philos que ce dernier était en incapacité de travail depuis le 27 avril précédent.

Le 16 février 2016, Philos a mandaté la Clinique F._____ afin de procéder à l'expertise neurologique et psychiatrique de l'assuré. Dans leur rapport du 29 avril 2016, les Dresses Z._____, psychiatre, et T._____, neurologue, ont exclu tout diagnostic incapacitant en l'absence de limitations fonctionnelles significatives.

b) Par décision du 13 mai 2016, Philos a mis un terme au versement de ses indemnités journalières au 31 mai 2016. Se fondant sur l'expertise de la Clinique F._____, elle a retenu qu'une reprise du travail à 50% était déjà raisonnablement envisageable au jour de l'expertise, soit le 9 mars 2016, et à 100% dès le 6 avril 2016.

Le 26 juillet 2016, N._____ SA a licencié l'assuré avec effet au 30 septembre 2016. Faisant usage de son droit de libre passage, celui-ci a bénéficié d'une couverture d'assurance perte de gain en cas de maladie en tant qu'assuré individuel auprès de Philos à compter du 1^{er} octobre 2016.

Par pli du 18 mai 2016, complété le 28 juin 2016, G._____ s'est opposé à la décision du 13 mai 2016. Dans le cadre de cette procédure, Philos a demandé à la Clinique F._____, le 13 décembre

2016, de se prononcer sur les pièces médicales transmises par l'assuré à l'appui de ses allégations, ce qu'elle a fait en date du 27 janvier 2017. Les Dresses T._____ et Z._____ ont conclu qu'il n'existait pas d'éléments nouveaux justifiant une modification de leur appréciation antérieure.

Statuant sur l'opposition formée par G._____, Philos l'a rejetée par décision sur opposition du 24 mars 2017. A défaut d'élément probant et objectif permettant de s'écarter des conclusions des expertes de la Clinique F._____, elle a considéré que c'était à bon droit qu'elle avait mis fin au versement des indemnités journalières au 31 mai 2016.

c) Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations de l'assurance-invalidité que G._____ a déposée le 16 octobre 2015, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a confié un mandat d'expertise bidisciplinaire (neurologique et psychiatrique) au Centre d'Expertises B._____, le 9 novembre 2016. Dans leur rapport du 9 mars 2017, les Drs A._____, spécialiste en neurologie, et C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont conclu à l'existence d'une incapacité de travail totale transitoire à compter du 27 avril 2015, en attendant que des mesures socio-professionnelles soient mises en place.

B. a) Par acte du 8 mai 2017, G._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 24 mars 2017, concluant sous suite de frais et dépens à sa réforme en ce sens que Philos lui doit paiement de la somme de 97'141 fr. 88 avec intérêts à 5% l'an dès le 14 octobre 2016 (échéance moyenne). A titre subsidiaire, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à Philos pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Se prévalant pour commencer d'une incapacité de travail totale ininterrompue attestée par divers rapports émanant de ses médecins traitants, l'assuré s'est ensuite attaché à développer divers griefs à l'encontre de l'expertise de la Clinique F._____. Il a tout d'abord fait état de nombreuses erreurs et contradictions entachant le rapport du

29 avril 2016, puis s'en est pris à la personne des expertes leur reprochant de ne pas être titulaire d'un diplôme de médecin FMH ni d'un titre de spécialiste SIM. Il a également relevé que la Dresse Z._____ était spécialisée dans la relation mère/bébé ainsi que dans les problématiques d'addictions. Quant à la Dresse T._____, le fait qu'elle soit spécialisée en neuropsychologie et psychométrie l'amenait à traiter de troubles affectant plus particulièrement la mémoire ou le langage. Selon l'assuré, leurs spécialisations se révélait dès lors inadéquate au regard du tableau clinique présenté. S'agissant de la Clinique F._____, il a fait remarquer qu'elle travaillait avec divers partenaires oeuvrant notamment à l'étranger. Il a ainsi déploré que des données le concernant avaient été transmises sans son consentement à des sociétés tierces.

En ce qui concerne le rapport complémentaire du 27 janvier 2017, l'assuré a indiqué qu'il ne lui avait pas été communiqué et qu'il n'avait pu en prendre connaissance que dans le cadre de l'examen du dossier constitué par l'assurance-invalidité. Il a en outre avancé plusieurs critiques touchant tant l'aspect médical proprement dit que la personne des expertes. Enfin, il s'est étonné que la signature de la Dresse T._____ figurant sur le rapport du 27 janvier 2017 n'était pas identique à celle apposée au bas du rapport du 29 avril 2016.

Considérant que les appréciations de la Clinique F._____ ne pouvaient ainsi se voir attribuer une quelconque valeur probante, Philos devait poursuivre le versement des indemnités journalières dues postérieurement au 31 mai 2016 jusqu'à l'échéance contractuelle, ce qui représentait un montant de 97'141 fr. 88. A titre de mesure d'instruction, l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

b) Dans sa réponse du 18 août 2017, Philos a conclu au rejet du recours.

c) Les parties ont confirmé leurs conclusions respectives au cours des échanges d'écritures subséquents.

C. Le 13 février 2018, le magistrat instructeur a confié à la Dresse R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise de l'assuré en l'avisant qu'il lui était loisible de s'adjoindre les services d'un ou de plusieurs spécialistes de son choix.

Par courrier du 2 mars 2018, l'assuré a sollicité l'audition des Dresses Z._____ et T._____.

Le 9 mars 2018, Philos a informé le tribunal qu'elle avait décidé d'indemniser l'assuré à hauteur du solde réclamé. Confirmant par ailleurs expressément se rallier aux conclusions de l'assuré, elle constatait que le recours n'avait dès lors plus d'objet et que la cause pouvait être rayée du rôle.

Le 12 mars 2018, le magistrat instructeur a avisé la Dresse R._____ de la résiliation du mandat d'expertise, le litige étant devenu sans objet et l'invitait à produire ses honoraires pour les opérations déjà effectuées.

Le 21 mars 2018, la Dresse R._____ a fait parvenir sa note d'honoraires. Elle y faisait état d'un montant en sa faveur de 150 fr. correspondant à l'étude du dossier asséculoologique à raison d'une demi-heure.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de 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, sous réserve de dérogations expresses (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 du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 56 et 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 a été déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) devant le tribunal compétent. Il satisfait en outre aux conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

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 let. a LPA-VD).

2. La question litigieuse tient au terme porté au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mai 2016 au motif d'une pleine capacité de travail dans la profession de comptable, capacité telle que reconnue par les Dresses Z._____ et T._____.

3. a) Aux termes de l'art. 53 al. 3 LPGA, un assureur social peut, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé. *A contrario*, si l'assureur a déjà envoyé sa réponse, il ne peut plus reconsidérer sa décision. Une décision *pendente lite* rendue postérieurement à l'échéance du délai de réponse est donc nulle et n'a valeur que de simple proposition au juge (ATF 130 V 138 consid. 4.2; 109 V 234 consid. 2 ; Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 3^e éd., n° 78 ad art. 53). Lorsque cette reconsidération fait entièrement droit aux conclusions du recourant, elle rend le recours sans objet, ce qui entraîne la radiation de la cause du rôle. Lorsque la nouvelle décision ne fait pas entièrement droit aux conclusions du recourant, elle ne saurait revêtir la force matérielle d'une décision administrative. Elle ne met ainsi pas fin au litige et doit être considérée comme une simple proposition faite au juge par l'une des parties au procès (ATF 109 V 234 consid. 2; Pratique VSI 1994 p. 281 consid. 4a et les références citées), le tribunal devant alors poursuivre

l'instruction et statuer sur le recours dans la mesure où il n'est pas devenu sans objet (cf. art. 83 al. 2 LPA-VD).

b) En l'espèce, par acte du 9 mars 2018, l'intimée a fait savoir au tribunal qu'elle avait décidé d'indemniser le recourant à hauteur du solde réclamé. Elle confirmait par ailleurs expressément se rallier à ses conclusions.

Il convient ainsi de constater que le recourant obtient entièrement gain de cause.

Le litige devient dès lors sans objet, une nouvelle décision devant être rendue, laquelle laissera subsister une voie de recours propre à la sauvegarde des droits de l'assuré.

Il se justifie donc d'en prendre acte et de rayer la cause du rôle, compétence que l'art. 94 al. 1 let. c LPA-VD attribue à un membre de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal statuant en tant que juge unique. Partant, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre de plus amples mesures d'instruction.

4. a) Le recourant, qui obtient entièrement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens qu'il convient, vu les circonstances tenant à l'issue de la procédure et la complexité de celle-ci, de fixer à 5'000 fr. à la charge de Philos (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

b) Selon l'art. 61 let. a LPGA, la procédure est en principe gratuite, à moins que l'une des parties n'ait agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté.

En l'occurrence, on peut se demander si, au regard des circonstances et des pièces versées au dossier, la décision attaquée n'a pas été rendue de manière trop légère, ce qui justifierait de mettre des

frais à la charge de Philos. On s'en abstiendra cependant, dès lors que cet assureur pouvait somme toute se fonder sur les conclusions d'un rapport d'expertise, pour critiquable qu'il fût.

c) Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3), les frais qui découlent de la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2). Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en oeuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (TF 8C_312/2016 déjà cité consid. 6.3 et la référence).

Au regard de ce qui précède, il y a lieu de mettre à la charge de Philos, par 150 fr., les frais tenant à la mise en oeuvre de l'expertise judiciaire telle que résiliée en cours de mandat.

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

- I. Devenue sans objet, la cause est rayée du rôle.
- II. Il n'est pas perçu d'émolument de justice.
- III. Les frais relatifs au mandat de l'expertise judiciaire tel que résilié en cours de procédure, par 150 fr. (cent cinquante francs), sont mis à la charge de Philos Assurance Maladie SA.
- IV. Philos Assurance Maladie SA versera à G._____ une équitable indemnité à titre de dépens, arrêtée à 5'000 fr. (cinq mille francs).

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (pour G._____),
- Philos Assurance Maladie 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).

Le greffier :