

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 mai 2018

Composition : Mme RÖTHENBACHER, juge unique

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Claudio Venturelli, avocat, à Lausanne,

et

PHILOS ASSURANCE MALADIE SA, à Martigny, intimée.

Art. 45 et 61 LPGA ; art. 55 et 82 LPA-VD.

En fait et en droit :

Vu la décision du 10 juillet 2015 de Philos Assurance Maladie SA

(ci-après : Philos ou l'intimée), mettant un terme avec effet au 1^{er} août 2015 au versement des indemnités journalières en cas de maladie en faveur de B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant),

vu le rapport d'expertise psychiatrique, établi sur mandat de Philos le 23 juillet 2015 par le Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a notamment retenu les diagnostics de « trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité légère », d'un « éventuel trouble de l'anxiété généralisée » et de « personnalité de type impulsif avec défense projective », tout en estimant que l'assuré était susceptible de reprendre son activité habituelle à 80% dès le 1^{er} août 2015, respectivement 100% dès le 1^{er} septembre 2015.

vu l'opposition du 7 septembre 2015 déposée par l'assuré, représenté par Me Claudio Venturelli, contre la décision du 10 juillet 2015, le rapport complémentaire du Dr C. _____ du 11 février 2016 et la décision sur opposition du 25 août 2016, par laquelle Philos a confirmé sa décision initiale,

vu le recours déposé le 26 septembre 2016 pour le compte de l'assuré auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, aux termes duquel il a sollicité la suspension de la cause dans l'attente d'un rapport d'expertise privée, confiée au Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie,

vu le rapport de ce spécialiste du 3 octobre 2016, où ont été diagnostiqués une « anxiété généralisée depuis 2000 », un « trouble panique depuis 2000 », un « épisode dépressif moyen depuis début 2014 » et un « trouble de la personnalité mixte (dépendant, anankastique

et paranoïaque) depuis l'âge adulte », justifiant une capacité de travail limitée à 40% dans l'activité habituelle sur le long cours,

vu la note d'honoraires du Dr D._____, datée du 15 septembre 2016 et arrêtée à 4'000 francs,

vu le mémoire complémentaire, adressé par l'assuré à la Cour de céans le 8 novembre 2016, concluant principalement à ce que Philos poursuive le versement des indemnités journalières au-delà du 1^{er} août 2015, subsidiairement à ce que la cause soit renvoyée à cet assureur pour instruction complémentaire, sous suite de prise en charge par Philos des frais d'expertise privée,

vu la réponse de Philos du 13 mars 2017, concluant préalablement à la suspension de la cause pour mettre en œuvre une nouvelle expertise auprès du Dr C._____, principalement au rejet du recours sur la base notamment d'une prise de position du 3 mars 2017 du Dr C._____ sur le rapport du Dr D._____,

vu la détermination de l'assuré du 29 mars 2017, s'opposant à un nouvel examen par le Dr C._____,

vu le rejet de la requête de suspension proposée par Philos par la juge instructrice en date du 30 mars 2017,

vu le courrier de l'assuré du 8 juin 2017, annexant une prise de position du Dr D._____ du 17 mai 2017 et persistant dans ses conclusions tendant à l'admission de son recours,

vu la note d'honoraires complémentaire du Dr D._____, également datée du 17 mai 2017, portant sur un montant de 300 francs,

vu la correspondance de Philos du 8 août 2017, maintenant ses conclusions en vue du rejet du recours,

vu l'écriture de l'assuré du 28 août 2017, se référant notamment à un projet de décision du 20 juillet 2017 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), lequel envisageait de lui allouer trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2015, respectivement une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2016,

vu la production du dossier constitué par l'OAI le 1^{er} septembre 2017, sur requête du 28 août 2017 de la magistrate instructrice,

vu la détermination de Philos du 20 octobre 2017, maintenant ses conclusions en vue du rejet du recours,

vu la correspondance de l'assuré du 31 janvier 2018, informant la Cour de céans de la décision du 13 décembre 2017 de l'OAI et de l'acceptation de Philos, selon son courrier du 30 octobre 2017, de poursuivre le versement des indemnités journalières dès le 1^{er} août 2015, sous déduction des montants de rente d'invalidité, jusqu'à épuisement de ses droits en date du 4 avril 2016,

vu le courrier de l'assuré du 1^{er} février 2018 à la Cour de céans, réservant la question des dépens,

vu l'écriture de Philos du 13 février 2018, indiquant à la Cour de céans que le solde d'indemnités journalières arrêté en faveur de l'assuré lui avait été acquitté et la priant de rayer la cause du rôle sans frais à sa charge,

vu la détermination de l'assuré du 5 mars 2018, soulignant qu'il avait obtenu entièrement gain de cause, ce qui lui ouvrait le droit à des dépens et au remboursement des frais d'expertise privée engagés à hauteur du total de 4'300 francs,

vu les pièces versées au dossier ;

attendu que le recours, formé en temps utile, remplit les autres conditions de forme, de sorte qu'il est recevable (art. 60 al. 1 et 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]),

qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1),

que, dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD) ;

attendu que le recourant a conclu principalement à la poursuite du versement des indemnités journalières par l'intimée au-delà du 1^{er} août 2015, sur la base de l'art. 72 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10), lequel prévoit que le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (al. 2) et que les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours (al. 3),

que le versement des indemnités journalières pour la période du 1^{er} août 2015 au 4 avril 2016 par l'intimée, soit jusqu'à épuisement du droit du recourant selon l'art. 72 al. 3 LAMal, vide le présent litige de son objet, ce qui justifie de rayer la cause du rôle (ATF 135 V 65), compétence qui relève du magistrat instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. c LPA-VD),

attendu que le recourant obtient en définitive gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, de sorte qu'il peut prétendre une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA),

qu'au vu de la nature et de la complexité de la procédure, cette indemnité doit être arrêtée à 2'500 fr. et portée à la charge de l'intimée,

attendu qu'en vertu de l'art. 45 al. 1, 2^{ème} phrase, LPGA, les frais occasionnés par les mesures d'instruction indispensables à l'appréciation du cas sont pris en charge par l'assureur,

que selon la jurisprudence, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social, lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 ; 135 V 473, 115 V 62 ; TF [Tribunal fédéral 9C_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 et la référence),

qu'en l'occurrence, le rapport d'expertise du Dr D._____ a directement permis d'établir de manière concluante l'état de fait déterminant, les conclusions de ce spécialiste ayant finalement été suivies par l'intimée, dans la mesure où elle s'est finalement acquittée de l'intégralité des indemnités journalières litigieuses,

que les frais relatifs au rapport d'expertise du Dr D._____ doivent ainsi être mis à la charge de l'intimée,

que le montant de 4'300 fr., facturé par ce spécialiste, est justifié et doit dès lors être entièrement supporté par l'intimée au titre des frais d'expertise,

attendu qu'il n'est pas perçu de frais judiciaires, vu la gratuité de la procédure (art. 61 let. a LPGA).

**Par ces motifs,
la juge unique
p r o n o n c e :**

- I. Devenue sans objet, la cause est rayée du rôle.

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

- III. Philos Assurance Maladie SA versera au recourant la somme de 6'800 fr. (six mille huit cents francs) à titre de dépens, comprenant une indemnité pour les honoraires d'avocat de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) et une participation aux frais d'expertise privée de 4'300 fr. (quatre mille trois cents francs).

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Claudio Venturelli, à Lausanne (pour B. _____),
- Philos Assurance Maladie SA, à Martigny,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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 :