

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 juillet 2019

---

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

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Pierre Ventura, avocat à Lausanne,

et

**Q.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 61 let. g LPGA et art. 82 al. 2 let. f LAVS**

**E n f a i t :**

**A.** P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1950, était assuré auprès de Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : la Caisse ou l'intimée) au titre de l'assurance obligatoire de soins. Depuis 2011, l'assuré dispose d'une prothèse dentaire complète supérieure en résine qui couvrait l'entier du palais.

Un carcinome épidermoïde infiltrant présenté en 2014 a nécessité un traitement de radio-chimiothérapie et rendu le port de la prothèse en question impossible. Une nouvelle prothèse, respectivement la modification de la prothèse existante, ainsi que le traitement médical s'y rapportant, étaient nécessaires.

Le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin-dentiste, a été consulté par l'assuré et a produit à Q.\_\_\_\_\_ deux estimations d'honoraires, l'une de 15'000.45 le 8 janvier 2016, la seconde de 10'386.90 le 12 janvier suivant, pour la confection d'une nouvelle prothèse amovible hybride et divers soins dentaires (notamment l'extraction de trois dents et la pose de quatre implants).

La Caisse, après avoir pris l'avis de son médecin-dentiste conseil et à la suite d'échanges de vues avec l'assuré, notamment à l'appui d'un rapport du Dr [...] du [...], est rentrée en matière sur la couverture proposée, n'acceptant toutefois que la prise en charge d'un traitement alternatif, devisé à 6'311.30 francs. Une décision formelle est rendue dans ce sens le 7 août 2017.

Le 6 septembre 2017, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, Me Ventura, s'est opposé à la décision précitée, complétant son opposition en date du 30 octobre 2017. Il soutenait que le traitement proposé par le Dr Z.\_\_\_\_\_ était le plus efficace, le plus adéquat et le plus économique.

L'opposition formulée a été rejetée par décision sur opposition du 29 janvier 2018, retenant en substance qu'une nouvelle prothèse n'était pas nécessaire, la réparation, respectivement la modification de la prothèse existante était quant à elle envisageable.

**B.** Par acte du 2 mars 2018, P.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil, a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise afin de départager les avis médicaux divergents quant au caractère adéquat, efficace et économique du traitement proposé. Le recourant a conclu principalement à la couverture du traitement devisé par le Dr Z.\_\_\_\_\_.

Par réponse du 16 août 2019, Q.\_\_\_\_\_ a conclu au rejet du recours, respectivement à la couverture du traitement tel que préconisé par son médecin-dentiste conseil.

Par acte du 4 juin 2019, le recourant a informé le tribunal qu'il avait changé d'assureur-maladie, dorénavant assuré auprès de la caisse U.\_\_\_\_\_, et que celle-ci avait admis, sur avis de son médecin-dentiste conseil et de son expert en chirurgie maxillo-faciale, la prise en charge du devis litigieux du Dr Z.\_\_\_\_\_ ; un courrier d'U.\_\_\_\_\_ du 28 mai 2019 était joint en copie. Estimant dès lors que la cause pouvait être rayée du rôle faute d'intérêt à la mener à bien, le recourant a néanmoins conclu à l'allocation de dépens, soutenant avoir en définitive obtenu gain de cause hors procédure par la prise en charge du devis par un assureur-maladie.

Invitée à se déterminer sur la question des dépens, la Caisse s'en est abstenue.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 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).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours 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 recours est devenu sans objet en cours de procédure dès lors que l'assuré, désintéressé par l'intervention de son nouvel assureur, convient avoir perdu l'intérêt qu'il avait eu à recourir.

**3. a)** Le droit aux dépens dans la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglé par l'art. 61 let. g LPGA. Cette disposition vaut pour tous les litiges portés devant le tribunal cantonal des assurances (art. 57 et 58 LPGA), comme c'est le cas en l'espèce, dès lors que la juridiction cantonale est appelée à statuer en instance unique sur le recours de l'assuré dans un domaine des assurances sociales.

**b)** En vertu de l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. Le point de savoir si et à quelles conditions une partie a droit à des dépens en instance cantonale de recours lorsqu'elle obtient gain de cause relève du droit fédéral et dépend, d'une part, de l'issue du litige et, d'autre part, de la personne de l'ayant droit (cf. ATF 129 V 113 consid. 2.2 p. 115 et les arrêts cités). La fixation du montant de l'indemnité de dépens ressortit en revanche au droit cantonal et échappe, en principe, à la compétence du

Tribunal fédéral (cf. ATF 133 III 462 consid. 2.3 p. 466; 133 II 249 consid. 1.2.1 p. 251).

**c)** L'art. 85 al. 2 let. f LAVS (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) disposait que le recourant qui obtenait gain de cause avait droit au remboursement de ses frais et dépens, ainsi que de ceux de son mandataire, dans la mesure fixée par le juge. Selon la jurisprudence relative à cette disposition et qui demeure applicable dans le cadre de l'art. 61 let. g LPGA, lorsque la cause est devenue sans objet, les dépens sont répartis en tenant compte de l'état de fait existant avant l'événement mettant fin au litige et de l'issue probable de celui-ci (arrêt C 56/03 du 20 août 2003 consid. 3.1, in SVR 2004 ALV Nr. 8 p. 22; ATF 110 V 54 consid. 3a p. 57, 109 V 70 p. 71 s. consid. 1 p. 71 s., 108 V 270 consid. 1 p. 271). Cette règle est d'ailleurs expressément prévue à l'art. 72 PCF. Le principe de causalité s'applique également en ce qui concerne les frais et dépens (arrêt I 83/06 du 24 juillet 2006 consid. 2.2). En conséquence, les frais et dépens sont supportés en premier lieu par la partie qui a provoqué la procédure devenue sans objet ou chez qui sont intervenues les causes qui ont conduit à ce que cette procédure devienne sans objet (ATF 118 la 488 consid. 4a p. 494; 125 V 373; arrêt H 223/82 du 6 février 1984 consid. 5, non publié in ATF 110 V 132).

**4. a)** En l'espèce, le recourant a changé de caisse-maladie en cours de procédure, et c'est l'annonce par cette dernière de la prise en charge des prestations litigieuses, suivant ainsi l'argumentation du recourant, qui a mis fin au litige, rendant le recours sans objet. Cela étant, eu égard au principe de causalité, il y a lieu de considérer que le recourant, qui s'est vu reconnaître le droit aux prestations qu'il réclamait selon les conclusions de son recours cantonal, a obtenu gain de cause et qu'il peut de ce fait prétendre une indemnité de dépens, dans son principe.

**b)** La particularité du cas d'espèce tient cependant au fait que le recours est devenu sans objet du fait d'un tiers à la procédure, respectivement d'une circonstance extérieure à celle-ci, de sorte que se

pose la question de savoir si les dépens peuvent être mis à la charge de la caisse intimée à la procédure judiciaire. Sur ce point - soit le point de savoir si le recourant a obtenu gain de cause ou non, entièrement ou partiellement, face à l'intimée -, il y a lieu de raisonner de la même manière que lorsqu'il s'agit d'imputer les frais de la procédure (cf. Commentaire romand LPGA, ad art. 61 let. g LPGA, n. 98). Ainsi, lorsque la cause devient sans objet et doit être radiée du rôle, le tribunal doit statuer sur les frais en prenant essentiellement en considération, sur la base d'un examen sommaire, l'issue probable si un jugement avait dû être prononcé. Il peut également tenir compte de l'attitude des parties en procédure administrative et dans la procédure de recours (ATF 142 V 551 c. 8.2, 125 V 373 ; Commentaire romand de la LPGA, ad art. 61 let. a, note 35).

**c)** En l'occurrence, le litige tenait à la question de savoir si le traitement proposé par le Dr Z.\_\_\_\_\_ répondait aux conditions d'une prise en charge des soins dentaires par l'assurance obligatoire au sens de l'art. 31 LAMal, respectivement du caractère efficace, adéquat et économique pour pouvoir être acceptées, ou si la contre-proposition de l'intimée suffisait à remplir ces conditions, préconisant un traitement différent et à moindre coût. Les avis médicaux versés au dossier s'avéraient divergents sur cette question, et il revenait au premier plan de les départager.

Cela étant, le fait qu'un autre assureur-maladie - en l'occurrence la caisse U.\_\_\_\_\_ - se soit rallié à la position du recourant, respectivement de son-médecin traitant Z.\_\_\_\_\_, ne suffit pas à lui seul à en établir le bien-fondé, dès lors qu'il s'agissait, de part et d'autre, de se livrer à une appréciation du cas sur le plan médical, en ayant recours à des spécialistes. Néanmoins, il s'agit là d'un indice important dès lors que tous les assureurs-maladie, rompus à cet exercice, se fondent en principe sur les mêmes critères que leur imposent la loi et la jurisprudence. A cela s'ajoute qu'en l'espèce, l'instruction de la cause aurait sans nul doute dû conduire à la mise en œuvre d'une expertise par un spécialiste, seule à même de départager les avis médicaux divergents. La mise en œuvre d'une telle expertise aurait pu être ordonnée par le tribunal, mais l'état du

dossier aurait plus vraisemblablement donné lieu à un arrêt de renvoi à l'intimée, afin qu'elle y procède en application de l'art. 44 LPGA.

Ainsi, outre le fait que l'appréciation du cas par le médecin-dentiste conseil de la caisse U. \_\_\_\_\_ ainsi que par son expert en chirurgie maxillo-faciale eût déjà été à même de départager les avis médicaux divergents, l'issue probable du litige, sur la base d'un examen du dossier qui peut rester sommaire, aurait été favorable au recourant par un renvoi de la cause à l'intimée pour en compléter l'instruction.

**d)** De ce qui précède, il résulte que, le droit à des dépens étant fondé dans son principe, ceux-ci doivent être mis à la charge de l'intimée, réputée déboutée.

Leur montant, à fixer en fonction de l'importance et de la complexité de la cause, sans égard à la valeur litigieuse, est arrêté à 1'500.- francs, vu l'issue de la procédure intervenue au stade de la réponse.

**e)** La procédure étant par ailleurs gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 61 let. a LPGA).

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

- I.** Devenue sans objet, la cause est rayée du rôle.
- II.** Q. \_\_\_\_\_ versera à P. \_\_\_\_\_ une équitable indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Le juge unique :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Ventura, pour le recourant,
- Q. \_\_\_\_\_,
- 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 :