

FR_GERICHTE 608 2022 79 vom 21. Dezember 2022

FR Kantonsgericht, 2022-12-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2022_79

FR: FR_GERICHTE 608 2022 79 du 21 décembre 2022

IT: FR_GERICHTE 608 2022 79 del 21 dicembre 2022

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 1

Recevabilité Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable. Le recourant, dûment représenté, est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

Eventuelle violation du droit d'être entendu

E. 2.1

Le droit d'être entendu est consacré à l'art. 29 al. 2 Cst. Il permet notamment au justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, de fournir valablement des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, d'avoir accès au dossier, de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3; 135 I 279 consid. 2.3; 135 II 286 consid. 5.1; arrêt TAF A-8271/2015 du 29 août 2016 consid. 3.1.2). Le droit d'être entendu impose en outre à l'autorité de motiver clairement sa décision (ATF 134 I 83 consid. 4.1; arrêt TF 4A_408/2010 du 7 octobre 2010 consid. 2.1; arrêt TAF A-5228/2016 du 25 avril 2017 consid. 3.2.1). En matière d'assurances sociales, ce principe est concrétisé à l'art. 42 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), qui

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 prévoit que les parties ont le droit d'être entendues et qu'il n'est pas nécessaire de les entendre avant une décision sujette à opposition. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa; 126 V 132 consid. 2b). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1). Mais la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, même dans l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait d'une gravité particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la mesure où le renvoi conduit

formellement à un temps mort ainsi qu'à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 136 V 117 consid. 4.2.2.2; 132 V 387 consid. 5.1; 133 I 201 consid. 2.2; arrêt TAF 2010/35 du 20 janvier 2010 consid. 4.3.1). En particulier, selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours pouvant contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée, à condition toutefois que l'atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée ne soit pas particulièrement grave, de sorte qu'il n'en résulte aucun préjudice pour le justiciable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2; 133 I 201 consid. 2.2; arrêt TF 8C_414/2015 du 29 mars 2016 consid. 2.3).

E. 2.2

L'art. 27 LPGA prévoit que, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2). L'alinéa premier ne porte que sur une information générale des assurés, par le biais par exemple de brochures d'information ou de lettres-circulaires. En revanche, l'alinéa 2 prévoit l'obligation de donner une information précise ou un conseil dans un cas particulier, de sorte qu'il peut conduire à l'obligation de verser des prestations sur la base du principe de la bonne foi. Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations. Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de faits déterminants mais également aux circonstances de nature juridique. Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable par l'administration. Selon l'art. 44 LPGA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10

E. 2.3

Le recourant reproche à l'assureur de ne pas l'avoir informé qu'il allait se servir de l'expertise de l'assureur-accidents, et ne pas lui avoir laissé la possibilité de se prononcer sur la personne de l'expert ou sur les questions qui lui ont été soumises. Il reproche également à l'assureur d'avoir violé l'art. 27 LPGA, en se limitant à lui conseiller de faire une inscription auprès de l'Office de l'assurance- invalidité et en ne lui donnant aucun conseil en lien avec l'expertise réalisée par le Dr D. _____ et ses droits découlant de l'art. 44 LPGA. L'assureur estime que l'art. 44 LPGA n'a pas été violé dans le cas particulier, dès lors qu'il n'a pas ordonné d'expertise indépendante, mais simplement repris celle menée par l'assureur-accidents. En l'espèce, il y a lieu de constater, avec l'assureur, que les dispositions sur la mise en œuvre d'une expertise ne sont pas applicables en l'occurrence, dès lors que celle-ci n'a pas été ordonnée dans le cadre de la présente procédure. Le rapport d'expertise

du Dr D. _____, qui émane de la procédure relative à l'assurance-accidents, a été versé au dossier, de la même manière que n'importe quel autre rapport médical, et le recourant a pu en prendre connaissance et exprimer sa critique à son encontre. L'assureur n'a donc eu ni l'obligation de donner l'occasion au recourant de s'exprimer sur le nom de l'expert ou sur les questions qui lui étaient posées et de le conseiller conformément à son obligation de le faire, ni même la possibilité de le faire, l'expertise ayant déjà été établie. Le grief de violation du droit d'être entendu doit donc être rejeté. Autre est la question de savoir si le rapport d'expertise est suffisant quant à sa valeur probante. Cette problématique sera analysée ultérieurement.

E. 3

Règles relatives à l'assurance-maladie facultative d'indemnités journalières

E. 3.1

Aux termes de l'art. 1a LAMal, dite loi régissant l'assurance-maladie sociale, qui comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières. L'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie, d'accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge et de maternité. Conformément à l'art. 3 al. 1 LPGA, est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

E. 3.2

Aux termes de l'art. 67 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur (al. 1). L'assurance d'indemnités journalières peut également être conclue sous la forme d'une assurance collective par des employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes (al. 3 let. a). L'art. 71 LAMal dispose que lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur (al. 1 1ère phr.). Celui-ci doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle; s'il omet de le faire, l'assuré reste dans l'assurance collective; l'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication (al. 2). Selon l'art. 72 al. 2 1ère et 2ème phr. et al. 3 1ère phr. LAMal, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié; à défaut d'accord

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 contraire, le droit naît le troisième jour qui suit le début de la maladie; les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours. Le versement d'une indemnité journalière de l'assurance-maladie suppose ainsi une incapacité de travail. Selon l'art. 6 LPGA, auquel renvoie l'art. 72 al. 2 1ère phr. LAMal, est réputée telle toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Est considéré comme incapable de travailler l'assuré qui, à la suite d'une atteinte à la santé, ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une

manière limitée ou encore avec le risque d'aggraver son état (ATF 129 V 51 consid. 1.1). L'assureur peut limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité (art. 72 al. 1 2ème phr. LAMal).

E. 3.3

Selon l'art. 5 des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal (dossier de l'assureur, pièce 2), l'assureur garantit par défaut les risques maladie et maternité, sauf disposition contractuelle contraire. Le risque accident n'est couvert que dans la mesure où il est expressément prévu dans le contrat. L'étendue des prestations en cas d'accident est la même que pour la maladie. En l'espèce, le contrat ne prévoit pas de couverture en cas d'accident (dossier de l'assureur, pièce 1a).

E. 4

Règles relatives à l'appréciation des documents médicaux

E. 4.1

Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 4.2

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

E. 4.3

Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des

examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c et les références).

E. 5

Question litigieuse Est litigieuse la question de savoir si c'est à raison que Philos Assurance Maladie SA a nié au recourant le droit aux indemnités journalières à compter du 1er mai 2022 au motif que celui-ci disposait à nouveau d'une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée. En lien avec cette question doit également se poser celle de savoir si les éléments médicaux figurant au dossier, notamment l'expertise orthopédique du Dr D._____, sont suffisants, eu égard à leur valeur probante, pour déterminer la capacité de travail du recourant.

E. 6

Discussion sur le droit au versement des indemnités journalières à compter du 1er mai 2022

E. 6.1

Dans son rapport médical du 27 octobre 2021, le Dr E._____, médecin traitant et spécialiste en chirurgie orthopédique, a retenu une déchirure au niveau du muscle du trapèze entre l'omoplate et la colonne lombaire. S'il a considéré que cette lésion avait une répercussion sur la capacité de travail du recourant, il n'a toutefois pas décrit les limitations objectives qui existeraient dans la profession ou le domaine d'activité du recourant, voire dans un autre type de profession. Il a ajouté que l'atteinte était liée à un accident, sans autre précision (dossier de l'assureur, pièce 8).

E. 6.2

Dans son premier rapport du 4 novembre 2021, appelé à se prononcer sur le rapport précité du chirurgien traitant, Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin-conseil de l'assureur, se limite à indiquer que la cause de l'incapacité de travail est un accident et qu'il convient dès lors de « voir avec [l']assurance-accidents » (dossier de l'assureur, pièce 9).

E. 6.3

Il a déjà été vu ci-dessus que, dans la procédure relative à l'assurance-accidents, le recourant a fait l'objet d'une expertise médicale orthopédique par le Dr D._____, dont le rapport est daté du 29 novembre 2021 (dossier de l'assureur, pièce 11). L'expert a retenu comme diagnostic des douleurs au niveau du petit rond à droite irradiant dans le trapèze jusqu'à la base du crâne et a considéré que l'assuré pouvait travailler normalement, la douleur n'étant pas une cause d'incapacité de gain. Selon lui, la capacité de travail du recourant est de 100% dans une activité adaptée, la seule limitation retenue étant liée à l'emploi d'un couteau, en raison du risque de blessure qui pourrait survenir en cas de blocage aigu.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 Cette expertise est problématique à plusieurs égards. Premièrement, il convient de relever que plusieurs diagnostics ont été posés au sujet du

recourant lors des investigations médicales antérieures à l'expertise, notamment "la mise en évidence d'une surcharge dégénérative avec aspect congestif au niveau acromioclaviculaire et remaniements faisant suspecter un status post-luxation acromioclaviculaire de stade II suivant la classification de Rockwood. [...] Petite bursite millimétrique sous-acromio-deltaïdienne. [...] Légers signes de tendinopathie du tendon du muscle du sus-épineux ainsi qu'à la partie supérieure distale du tendon du muscle du sous-épineux. [...] Formation kystique en regard du bord antéro-supérieur de la glène. L'aspect pourrait rentrer dans le cadre d'un status de post-lésion labrale entéro-supérieure. A noter que ce kyste pourrait comprimer les structures nerveuses et entraîner une symptomatologie douloureuse significative vu sa localisation" (IRM de l'épaule droit du 14 février 2020), "état après luxation acromio-claviculaire de stade II selon Rockwood avec développement d'une arthrose, associé à une synovite et bursite sous-acromio-deltaïdienne" (préavis du médecin conseil Assura du 25 juin 2020), "mise en évidence au niveau du muscle trapèze droit à hauteur plus ou moins du tronc pulmonaire, de plusieurs petites stries en hypersignal T2 avec rehaussement après injection de Gadolinium pouvant correspondre à de petites déchirures intramusculaires post-traumatiques à ce niveau" (IRM du 5 février 2021), "déchirure au niveau du muscle trapèze entre l'omoplate et la colonne dorsale" (rapports médicaux du Dr E. _____ des 28 juillet 2021 et 27 octobre 2021) et "contusion du rachis du trapèze inférieur" (Rapport médical du Dr G. _____ du 19 octobre 2021). Il est dès lors étonnant que malgré tous les diagnostics qui ont été posés par différents médecins, l'expert ne retienne lui-même que des "douleurs", en sous-entendant que celles-ci ne seraient pas expliquées par les atteintes physiques, sans motiver sa position sur ce point. Deuxièmement, l'expert a précisé qu'il convenait d'attendre les résultats d'exams complémentaires proposés pour avoir une évaluation définitive adéquate. Selon lui, une recherche au niveau cervical devrait être effectuée afin de déterminer si les lésions dégénératives du rachis peuvent expliquer les douleurs actuelles, ce qui avait déjà été proposé par les spécialistes de l'épaule de H. _____. Il a ajouté qu'un tel examen pourrait amener une explication de la symptomatologie du recourant. De plus, une infiltration d'anesthésique local dans le petit rond, au niveau de la douleur, devrait, selon lui, être effectuée comme test. Il a également proposé une infiltration du kyste glénoïdien mis en évidence lors de l'IRM. Enfin, il a indiqué que la lésion kystique en regard du bord antérosupérieur de la glène pourrait être, d'après le radiologue, séquellaire d'une lésion labrale antérosupérieure qui pourrait être compatible avec le traumatisme déclaré. Eu égard au nombre d'exams complémentaires que l'expert estime nécessaires pour pouvoir évaluer définitivement le cas du recourant, exams qui pourraient permettre d'expliquer les douleurs de ce dernier, force est de constater que l'expertise est insuffisante en l'état pour déterminer si ces douleurs dont la cause n'a pas été clarifiée à ce stade ont un effet sur la capacité de travail du recourant ou si, au contraire, il peut être attendu de lui qu'il les surmonte. A cet égard, les rapports du 21 janvier 2022 et du 6 février 2022 du médecin-conseil de l'assureur (dossier de l'assureur pièces 12, 21) n'emportent pas la conviction. D'abord parce que leur auteur part désormais de l'idée que le cas relève de l'assurance-maladie, sans explication, alors que l'assureur-accidents lui-même a demandé des investigations complémentaires quant à la cause des atteintes. Deuxièmement parce que le médecin-conseil, lui-même spécialiste en médecine interne et générale, part de l'idée que les seules douleurs attestées par la généraliste traitante ne justifient pas une incapacité de travail, ignorant en cela complètement les investigations complémentaires recommandées par l'expert, ainsi que les diagnostics posés dans les rapports précités des

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 Dr E. _____ et G. _____, susceptibles d'expliquer la présence des douleurs insomniantes et continues rapportées par le recourant. N'empêche pas la conviction non plus l'argument de l'assureur que les examens complémentaires ont été préconisés par l'expert afin d'établir un éventuel lien de causalité entre l'accident et les lésions, mais qu'ils n'avaient pas pour but d'évaluer la capacité de travail du recourant, et que l'expert avait été en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de ce dernier sans attendre les résultats de ces examens. Il ressort toutefois de l'expertise que les examens complémentaires préconisés par le Dr D. _____ n'étaient pas uniquement destinés à établir le lien de causalité entre l'accident et les lésions. En effet, l'expert n'a pas été en mesure de déterminer à quoi étaient dues les douleurs du recourant, et il a précisé que ces examens étaient nécessaires à cet égard. L'expert a d'ailleurs indiqué que ces différents examens ou traitements pourraient "encore" déterminer l'origine traumatique ou non des douleurs actuelles, laissant clairement apparaître qu'il s'agissait là d'un aspect secondaire. Troisièmement, dans son rapport d'expertise, à la question de savoir à quel taux il estimait l'incapacité de travail temporaire du recourant pendant la phase de guérison dans son métier en tant que boucher, le Dr D. _____ a répondu que le cas était encore en cours d'évaluation à I. _____. S'agissant d'une restriction professionnelle durable, il a indiqué que la capacité de travail dans l'activité habituelle était actuellement de 0%. La Cour de céans constate que ces deux indications sont contradictoires.

E. 6.4

Il en résulte que les éléments médicaux figurant au dossier, notamment l'expertise orthopédique du Dr D. _____, n'ont pas une valeur probante suffisante pour permettre de déterminer si le recourant disposait d'une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée à partir de fin janvier 2022.

E. 7

Sort du recours et frais

E. 7.1

Sur le vu de ce qui précède, la cause est, en l'état, insuffisamment instruite et des investigations médicales complémentaires sont nécessaires. Il convient dès lors d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'autorité intimée, charge à elle de procéder à une instruction complémentaire et de rendre une nouvelle décision. A cet effet, elle pourra se référer à l'instruction complémentaire menée par l'assureur-accidents, qui pourrait du reste conduire celui-ci à prendre le cas en charge, ce qui rendrait sans objet la procédure relative aux indemnités journalières de l'assurance-maladie. Au besoin, il appartiendra à l'autorité intimée d'ordonner une nouvelle expertise.

E. 7.2

La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais.

E. 7.3

Le recourant qui obtient gain de cause a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Selon l'art. 8 al. 1 du Tarif des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA ; RSF 150.12), les honoraires alloués pour la représentation ou l'assistance de la partie sont fixés entre CHF 200.- et CHF 10'000.-. Dans les affaires d'une ampleur ou d'une complexité particulière, le maximum s'élève à CHF 40'000.-. La fixation des honoraires dus à titre de dépens a lieu sur la base d'un tarif horaire de CHF 250.-. L'art.

9 Tarif JA, les débours nécessaires à la conduite de l'affaire sont remboursés au prix coûtant, sous réserve des alinéas 2 et 3 (al. 1). Pour les photocopies effectuées par le mandataire, il est calculé 40 centimes par copie isolée (format

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 A4) ; lorsque de nombreuses photocopies pouvaient être réalisées ensemble, l'autorité peut réduire ce montant par copie (al. 2). Les indemnités de déplacement, englobant tous les frais (transport, repas, etc.) ainsi que le temps consacré au déplacement, sont fixées conformément aux articles 76 et suivants du règlement sur la justice. La liste des opérations déposée le 12 septembre 2022 fait état d'honoraires à hauteur de CHF 3'803.30, soit 13 heures et 35 minutes au tarif horaire de CHF 280.-/heure, et de frais par CHF 33.80, TVA non comprise (et non calculée). Sur le vu de ce qui précède, il convient de fixer la liste de frais la manière suivante. Les honoraires peuvent être fixés à CHF 3'395.85 (13 heures et 35 minutes au tarif horaire de CHF 250.-/heure), les débours à CHF 33.80 et la TVA à 7,7% (sur CHF 3'429.65) à CHF 264.10, ce qui donne un total de CHF 3'693.75. Cette indemnité est mise à la charge de Philos Assurance Maladie SA et sera versée directement à Me Christian Jungen. la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la cause est renvoyée à Philos Assurance Maladie SA pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure. III. L'indemnité de dépens allouée à Me Christian Jungen est fixée à CHF 3'693.75 (TVA à 7,7% par CHF 264.10 comprise). Elle est intégralement mise à la charge de Philos Assurance Maladie SA et est directement versée à Me Christian Jungen. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 21 décembre 2022/sal Le Président : La Greffière-rapporteure :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.