

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 1014 vom 30. November 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-11-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__1014

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 1014 du 30 novembre 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 1014 del 30 novembre 2017

Regeste

INTÉRÊT ACTUEL, DÉCISION, DÉCISION D'IRRECEVABILITÉ | 44 LPGA, 49 al. 1 LPGA, 52 al. 1 LPGA, 56 al. 1 LPGA, 3 al. 1 LPA-VD

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 30.11.2017 Arrêt / 2017 / 1014

INTÉRÊT ACTUEL, DÉCISION, DÉCISION D'IRRECEVABILITÉ | 44 LPGA, 49 al. 1 LPGA, 52 al. 1 LPGA, 56 al. 1 LPGA, 3 al. 1 LPA-VD

TRIBUNAL CANTONAL AM 55/17 - 50/2017 ZE17.043339 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt
du 30 novembre 2017 _____ Composition : Mme Pasche ,
présidente Mme Röthenbacher et M. Piguet, juges Greffier : M. Klay ***** Cause
pendante entre : N. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Etienne J. Patrocle,
avocat à Morges, et V. _____ , à [...], intimée. _____ Art. 44, 49 al. 1, 52 al.
1 et 56 al. 1 LPGA ; art. 3 al. 1 LPA-VD En fait et en droit : Vu la déclaration de
l'employeur [...] SA du 18 juillet 2016 adressée à V. _____ SA (ci-après : V. _____
ou l'intimée), assurance collective perte de gain maladie, selon laquelle N. _____
(ci-après : l'assuré ou le recourant) avait présenté une incapacité de travail pour cause de
maladie à compter du 13 juillet 2016, vu le courrier de V. _____ à Me Patrocle, conseil
de l'assuré, du 8 août 2017, à teneur duquel elle lui a transmis le dossier de l'intéressé et les
documents relatifs à une expertise médicale prévue le 22 septembre 2017, vu le courrier du
même jour de V. _____ au Dr Q. _____, spécialiste en ophtalmologie et en
ophtalmochirurgie à la Clinique C. _____ à Z. _____, par lequel elle lui a transmis les
pièces médicales en possession de son médecin-conseil, avec la précision que l'assuré serait
convoqué pour le vendredi 22 septembre 2017 à 11 h 30, vu la correspondance adressée le
8 août 2017 par V. _____ à l'assuré, le priant de se présenter le vendredi 22 septembre
2017 auprès de la Clinique C. _____ afin qu'il soit expertisé sur le plan ophtalmologique
par le Dr Q. _____, un délai de dix jours lui étant imparti pour communiquer ses
éventuelles remarques quant au médecin choisi et sur les questions posées, vu le courrier
recommandé de Me Patrocle à V. _____ du 18 août 2017, par lequel cet avocat a
exprimé les doutes de son client quant à la mise en œuvre d'une expertise, alléguant que son
état n'était pas stabilisé, et s'opposant pour le surplus au choix de l'expert, arguant en
particulier que la Clinique C. _____ ne « sembl[ait] pas avoir une bonne réputation, ni
faire des expertises de qualité », et critiquant le choix du Dr Q. _____ qui ne « sembl[ait]
plus pratiquer depuis fort longtemps puisque son CV s'arrêt[ait] en 2007 » et ne semblait
pas avoir d'expérience, vu le courrier de Me Patrocle à V. _____ du 1^{er} septembre
2017, à teneur duquel cet avocat a sollicité que le Dr G. _____, spécialiste en
ophtalmologie et en ophtalmochirurgie, soit désigné en qualité d'expert, vu la

correspondance adressée le 6 septembre 2017 par V. _____ au conseil de l'assuré, par laquelle cette assurance lui a fait savoir que les considérations émises au sujet de la Clinique C. _____ relevaient d'une appréciation toute personnelle qui ne pouvait faire l'objet d'un motif de récusation, V. _____ précisant ne pas non plus accepter les observations formulées au sujet du Dr Q. _____ en lien avec son manque d'expérience, confirmant que l'assuré devait se rendre à l'expertise prévue en date du 22 septembre 2017, faute de quoi les prestations pouvaient lui être refusées, vu le courrier de Me Patrocle à V. _____ du 18 septembre 2017, par lequel celui-ci a annoncé que son client ne serait pas en mesure de se rendre à l'expertise fixée au 22 septembre 2017, dans la mesure où son état de santé n'était pas stabilisé, dès lors qu'il avait subi le 14 septembre 2017 une opération, et devait revoir le Dr M. _____, spécialiste en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie, « précisément » le 22 septembre à [...], à la date et à l'heure prévues pour l'expertise à Z. _____, ainsi que les 29 septembre et 5 octobre 2017, vu le courriel de V. _____ à Me Patrocle du 21 septembre 2017, selon lequel la convocation du 22 septembre 2017 avait été annulée, V. _____ annonçant qu'elle transmettrait la note d'honoraires de la Clinique C. _____ pour désistement tardif à l'assuré, dans la mesure où la convocation à l'intervention du 14 septembre 2017 avait été émise le 29 août 2017, alors qu'elle lui avait confirmé par courrier du 6 septembre 2017 le rendez-vous de l'expertise médicale du 22 septembre 2017, vu le courriel de Me Patrocle à V. _____ du 27 septembre 2017, par lequel cet avocat a indiqué que son client avait pris note que la convocation du 22 septembre 2017 pour l'expertise avait été annulée, excluant que d'éventuels frais d'annulation soient mis à sa charge, et demandant que pour le cas où V. _____ persistait avec son choix d'experts, elle rende une décision sujette à recours afin que la question puisse être « débattue » devant le Tribunal cantonal des assurances, vu le courrier de V. _____ à Me Patrocle du 2 octobre 2017, par lequel elle a accusé réception de l'envoi de cet avocat du 18 septembre 2017 et a confirmé la teneur de son courriel du 21 septembre 2017, vu le recours adressé le 9 octobre 2017 par N. _____, toujours représenté par Me Patrocle, à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par lequel il a conclu sous suite de frais et dépens à ce que, préalablement, ledit recours soit déclaré recevable (1), et principalement à ce que V. _____ soit condamnée à rendre une décision sujette à recours désignant un expert (2), subsidiairement à l'annulation de la décision du 6 septembre 2017 en ce sens que la Clinique C. _____ et le Dr Q. _____ sont récusés (3), et encore plus subsidiairement à la désignation du Dr G. _____ en qualité d'expert (4), le recourant faisant d'une part valoir que l'intimée a violé l'obligation de rendre une décision selon l'art. 49 LPGA – son courrier du 6 septembre 2017 omettant de mentionner les voies et délai de recours et sa motivation étant « quasi inexistante » –, et d'autre part que le Dr Q. _____ n'a pas de compétences particulières en matière de décollement de la rétine, vu les réquisitions formulées à l'appui du recours par l'intéressé, à savoir la production de son dossier, l'audition du Dr Q. _____, l'audition de témoins à désigner aux fins de démontrer « les mauvais services de la clinique C. _____ », son audition par les juges du Tribunal cantonal et la mise en œuvre de débats publics, vu le courrier du 9 novembre 2017 de V. _____ à Me Patrocle, selon lequel aucune nouvelle expertise médicale n'était envisagée à ce jour, si bien qu'aucune décision formelle n'avait été rendue, puisqu'il n'existait aucun litige à proprement parler, précisant qu'elle avait toujours versé les prestations d'indemnités journalières au recourant, vu les déterminations de l'intimée à la Cour de céans du 13 novembre 2017, par lesquelles elle a conclu à l'irrecevabilité du recours à la forme, et à ce que l'assuré soit débouté de toutes ses conclusions au fond, vu

l'écriture du recourant, par son conseil, du 24 novembre 2017, à teneur de laquelle il a pris acte que V._____ reconnaissait n'avoir pas pris de décision et avait renoncé à mettre en œuvre une expertise, estimant que ce faisant, elle avait acquiescé à ses conclusions 2 et 3, si bien qu'il obtenait gain de cause et avait droit à des dépens, relevant que devant l'absence de réaction de l'intimée à son courriel du 27 septembre 2017, il était en droit de penser qu'elle n'avait pas renoncé à son choix d'expert, même si la convocation du 22 septembre 2017 avait été annulée, vu les pièces du dossier ; attendu que selon l'art. 49 al. 1 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), applicable à l'assurance-maladie par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10), l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord, qu'en cas de désaccord avec la décision rendue, l'assuré peut former opposition, dans les trente jours, auprès de l'assureur qui a statué (art. 52 al. 1 LPGA), étant rappelé que selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions d'ordonnement de la procédure ne peuvent pas être attaquées par voie d'opposition, si bien qu'elles sont directement attaquables par la voie du recours devant le tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 al. 1 et 57 LPGA) ; attendu que chaque canton institue un tribunal des assurances, qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales (art. 57 LPGA), que le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), que dans le canton de Vaud, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour connaître des recours conformément à l'art. 57 LPGA (art. 93 al. 1 et 94 al. 4 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) ; attendu que selon l'art. 43 al. 1, 1^{ère} phrase, LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin, que d'après l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties, celles-ci pouvant récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions, que lorsque l'assureur social et l'assuré ne s'entendent pas sur le choix de l'expert, l'administration doit rendre une décision directement soumise à recours (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 p. 256), étant rappelé que les dispositions relatives à la procédure d'instruction, définies aux art. 43 à 49 LPGA, sont les mêmes pour toutes les assurances sociales, donc non seulement pour l'assurance-invalidité mais aussi pour l'assurance-maladie (cf. TF 9C_781/2013 du 28 janvier 2014 consid. 4.2) ; attendu qu'à qualité pour recourir quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA), qu'en principe, l'objet d'une demande en justice ne peut porter que sur des questions juridiques actuelles dont les conséquences touchent concrètement le justiciable ; attendu que, selon l'art. 3 al. 1 LPA-VD, est une décision toute mesure prise par une autorité dans un cas d'espèce, en application du droit public, et ayant pour objet de créer, de modifier ou d'annuler des droits et obligations (let. a), de constater l'existence, l'inexistence ou l'étendue des droits et obligations (let. b), ou de rejeter ou déclarer irrecevables des demandes tendant à créer, modifier, annuler ou constater des droits et obligations (let. c), cette définition correspondant à celle de l'art. 5 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021), que n'y sont pas assimilables l'expression d'une opinion, la communication, la prise de position, la recommandation, le renseignement, l'information, le

projet de décision ou l'annonce de celle-ci, car il leur manque un caractère juridique contraignant (TF 2P.350/2005 du 24 janvier 2006 consid. 2.1 et les références citées ; CDAP GE.2006.0049 du 13 juillet 2006 consid. 1a et les références citées) ; attendu qu'aux termes de l'art. 56 al. 1 LPGA, seules les décisions rendues sur opposition et celles contres lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal cantonal ; attendu qu'en l'espèce, V._____ était tenue de rendre une décision susceptible de recours, dès lors qu'elle ne donnait pas suite aux objections de l'assuré quant au choix de l'expert (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 p. 256 précité), qu'il est quoi qu'il en soit douteux que la communication litigieuse du 6 septembre 2017 puisse être considérée comme une décision, qu'elle paraît tout au plus constituer une simple information dépourvue de caractère juridique contraignant, ce que Me Patrocle a bien compris, puisqu'il a écrit le 27 septembre 2017 à l'intimée pour confirmer que son client avait pris note que la convocation du 22 septembre 2017 pour l'expertise avait été annulée, ne demandant pour le surplus à l'assureur de ne rendre une « décision sujette à recours » que pour le cas où V._____ persistait avec son choix d'experts, afin que, selon l'avocat du recourant, la question puisse être « débattue » devant le Tribunal cantonal des assurances, que du reste, l'intimée a confirmé le 9 novembre 2017 à Me Patrocle qu'aucune nouvelle expertise médicale n'était envisagée à ce jour, si bien qu'aucune décision formelle n'avait été rendue, puisqu'il n'existait aucun litige, précisant qu'elle avait toujours versé les prestations d'indemnités journalières à l'assuré, que même sans cette correspondance du 9 novembre 2017 de V._____, le courrier du 27 septembre 2017 de Me Patrocle permet de comprendre que cet avocat ne considérait pas la communication de l'intimée du 6 septembre 2017 comme une décision, puisqu'il a demandé le 27 septembre 2017 une « décision sujette à recours », que pour ce premier motif, et faute de décision attaquable, le recours doit être déclaré irrecevable, et toutes les réquisitions formulées écartées, qu'au demeurant, V._____ a informé Me Patrocle le 21 septembre 2017 que la convocation à l'expertise avait été annulée, que partant, en agissant devant la Cour de céans le 9 octobre 2017, l'assuré n'avait pas d'intérêt actuel au recours, ce qui conduit également à déclarer le recours irrecevable, faute d'objet, que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 I 161 consid. 4.5), les cas d'irrecevabilité doivent être tranchés par une Cour du tribunal composée ordinairement de trois juges (art. 94 LPA-VD), lorsque la valeur litigieuse au fond est supérieure à 30'000 francs ; attendu que la cause doit en conséquence être rayée du rôle, sans suite de frais (art. 61 let. a LPGA), ni allocation de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause faute d'intérêt actuel à recourir (art. 61 al. g LPGA ; cf. art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est irrecevable. II. La cause est rayée du rôle. I II. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Etienne J. Patrocle (pour le recourant), ■ V._____, - 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 :

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