

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 868 vom 6. November 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-11-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2023\\_\\_868](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__868)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 868 du 6 novembre 2023

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 868 del 6 novembre 2023

## Regeste

TRAITEMENT CHIROPRACTIQUE, REMBOURSEMENT DE FRAIS{ASSURANCE}, DROIT D'ÊTRE ENTENDU, ADMISSION PARTIELLE | 29 al. 2 Cst., 24 LAMal, 25 LAMal, 32 LAMal

## Erwägungen

### E. 6

novembre 2023 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Durussel , présidente  
M. Wiedler, juge, et Mme Dormond Béguelin, assesseure Greffière : Mme Lopez  
\*\*\*\*\* Cause pendante entre : D. \_\_\_\_\_ , à [...], recourante, représentée par Me  
Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne, et N. \_\_\_\_\_ , à [...], intimée.  
\_\_\_\_\_ Art. 24, 25 et 32 LAMal E n f a i t : A. D. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée  
ou la recourante), née en [...], ayant travaillé comme enseignante, puis documentaliste, est  
affiliée pour l'assurance obligatoire des soins auprès de N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assureur  
ou l'intimée). A la suite de cervicoscapulalgies chroniques, l'assurée a suivi des séances de  
chiropraxie à raison de deux à trois par semaine depuis fin 2007, remboursées par  
l'assurance obligatoire des soins. En tant que médecin conseil de l'assureur, le Dr  
X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a vu l'assurée en consultation le 15  
juillet 2009. Après s'être entretenu avec elle sans l'examiner et après avoir pris connaissance  
du dossier de l'assurance-invalidité, il a indiqué, par courrier du 22 janvier 2010, que  
l'intéressée ne justifiait pas d'un traitement de chiropraxie trois fois par semaine en l'état  
actuel. Il a précisé qu'il s'agissait clairement d'un problème de surconsommation médicale.  
Se prévalant de cet avis médical et se fondant sur l'art. 32 LAMaI ( loi fédérale du 18 mars  
1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10) posant comme conditions au remboursement que  
les prestations soient efficaces, appropriées et économiques, l'assureur a informé l'assurée  
par courrier du 9 février 2010 qu'il ne prendrait plus en charge de traitement effectué chez  
un chiropraticien. Comme elle souhaitait s'y opposer, l'assurée a requis par courrier du 22  
février 2010 la délivrance d'une décision à cet égard, ce à quoi l'assureur a répondu le 16  
mars 2010 qu'il n'était pas en mesure de traiter son dossier dans l'immédiat. Dans un rapport  
du 15 juillet 2010, le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin praticien au C. \_\_\_\_\_, a répondu au  
médecin conseil de l'assureur sur le point de savoir dans quel contexte la chiropraxie  
pouvait être pratiquée à long cours dans un problème chronique, en l'occurrence des  
cervicalgies associées à des brachialgies intermittentes. Après avoir analysé la littérature  
scientifique sur le sujet, il a indiqué ne pas avoir trouvé de réponse claire à la question.  
Cependant, il recommandait dans une telle situation une approche plus active ; la  
mobilisation segmentaire et chiropratique était certes utile dans le contexte aigu et subaigu  
de manière rapprochée, mais à long terme rien ne remplaçait un entraînement musculaire  
bien conduit. Il n'avait toutefois pas d'argument scientifique pour soutenir une diminution

de cette prise en charge même si les discussions pluridisciplinaires allaient dans ce sens. Il ne pouvait que suggérer une approche plus active, mais vu la durée de la symptomatologie et les nombreux intervenants déjà impliqués, la probabilité d'amélioration lui semblait très mince. Par décision du 27 août 2010, l'assureur a rappelé le nombre élevé de séances prodiguées par différents chiropraticiens depuis le 21 août 2007 et que son médecin conseil avait constaté une surconsommation médicale. A la lecture du rapport d'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_ du 15 juillet 2010 et selon un nouvel avis du médecin conseil, il a admis comme adéquat, efficace et économique un traitement par une approche plus active par le biais d'un renforcement musculaire bien conduit en association avec une thérapie manuelle (TM) (combinaison de chiropraxie et de physiothérapie), à concurrence de 36 séances par année (chiropraxie et physiothérapie compris). L'assurée a formé opposition à cette décision par courrier du 6 septembre 2010. Dans le cadre de la procédure d'opposition, elle s'est prévalué d'un rapport du 30 septembre 2010 du Dr A.E. \_\_\_\_\_, chiropraticien, qui notait en prémisses que l'assurée était soignée deux à trois fois par semaine à son institut et qu'il semblait difficile à l'assurée de consulter moins. Selon ce médecin, l'assurée souffrait essentiellement d'algies somatoformes. Il précisait que ces malades présentaient des symptômes ressemblant à ceux relevés chez des dépressifs, ainsi que des altérations du tonus de base avec pour conséquence des troubles dyskinétiques de l'appareil locomoteur, neurogènes et myogènes. Il indiquait que ces troubles étaient plus invalidants chez des sujets dont le système articulaire était plus faible, ce qui n'était pas le cas de sa patiente. Il ajoutait qu'à part une arthrose cervicale avec une protrusion discale de C6-C7, l'assurée jouissait d'un système locomoteur dans la norme et que les symptômes s'étaient exprimés plus particulièrement dans la zone cervico-scapulaire, ainsi que dans la région maxillo-faciale et le rachis lombaire. Il renonçait à décrire en détail les troubles fonctionnels récurrents en relation avec les algies dont s'était plainte la patiente pendant trois ans ; pour lui, il était clair qu'on ne soignait pas efficacement sans de bons signes objectifs. Contestant les conclusions des médecins de l'Office de l'assurance-invalidité, il leur reprochait de ne pas prendre en compte la souffrance physique partiellement objectivable de l'assurée, ni l'évidente souffrance psycho-émotionnelle qui était sans doute à l'origine de ses maux. Il concluait que l'assurée avait encore besoin d'un soutien psychothérapeutique comme de soins antalgiques et rééducatifs, la fréquence de deux à trois séances par semaine n'étant pas excessive même si ce type de prise en charge était rare. Il terminait en ces termes (sic) : « Son Assurance, N. \_\_\_\_\_ m'avait contacté courant 2009 et nous avons décidé de garder une fréquence régulière de traitements afin d'éviter d'autres consultations à l'extérieur. La décision du N. \_\_\_\_\_ de suspendre tous remboursements des prestations chiropratiques (pour des motifs de coût, d'efficacité et d'inopportunité) en janvier 2010 n'a rien changé ; nous soignons Madame D. \_\_\_\_\_ à la même fréquence. Nous avons retenu ses factures pour l'instant. Abandonner cette patiente à ce stade aurait été simplement monstrueux. » Dans un rapport du 9 décembre 2010, la Dre P. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que, grâce à sa compliance aux propositions thérapeutiques et à ses démarches personnelles pour mieux gérer les douleurs et le stress, l'assurée avait pu reprendre une activité professionnelle. La chiropraxie, des approches corporelles, la psychothérapie, ainsi que l'apprentissage de techniques d'autohypnose offraient un soutien pour faire face aux fluctuations des douleurs et des états émotionnels ainsi qu'à leurs conséquences, à savoir de l'insomnie, de la fatigue, des difficultés de concentration, et de l'anxiété. Le 27 mai 2011, l'assurée a été vue par le Dr F. \_\_\_\_\_ pour une expertise médicale à la demande du médecin conseil de l'assureur. Il a posé les diagnostics de

cervicospulalgies chroniques dans le contexte de troubles statiques et dégénératifs et d'un déconditionnement musculaire et psychique, ainsi que des comorbidités telles qu'un probable état anxieux. L'anamnèse révélait que l'assurée était en bonne santé globale jusqu'à ce qu'elle fût victime en 2004 d'une entorse cervicale lors d'une collision en chaîne en voiture. Elle avait présenté des douleurs après cet accident mais elles s'étaient résorbées après quelque temps. La patiente s'était ainsi retrouvée asymptomatique après cet accident. En août 2006, après avoir conduit une voiture pendant six à sept heures, elle avait vu apparaître des douleurs cervicospulaires avec des irradiations diffuses. Avec du recul, l'assurée avait analysé la situation l'ayant conduite à cette chute douloureuse : de nombreux éléments stressants étaient présents, comme la préparation de la rentrée scolaire avec un déménagement de la classe, puis des hésitations concernant son éventuel mariage, contrariétés qui mettaient son corps en tension. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a constaté que l'assurée présentait des cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs peu importants, mais surtout liés à des facteurs psychosociaux. L'évaluation clinique et physiothérapeutique montrait un déconditionnement musculaire, qui n'aidait pas la patiente dans sa situation douloureuse, le Dr F. \_\_\_\_\_ ajoutant qu'il ne fallait pas oublier la part psychologique influençant les douleurs. Il a donc préconisé un reconditionnement musculaire pluridisciplinaire – aussi bien physiothérapeutique qu'ergothérapeutique à long cours, soit pendant minimum six à neuf mois – pour espérer récupérer. A la question de savoir si trois séances chiropratiques par semaine étaient justifiées, il a répondu que la patiente en suivait deux par semaine ce qui semblait encore utile (en plus du suivi psychologique). Il a indiqué qu'il n'y avait aucune sanction chirurgicale à prévoir et qu'un éventuel traitement multidisciplinaire n'aurait probablement que peu de chance de changer les symptômes, vu leur longue durée. Dès lors qu'une augmentation du taux d'activité était envisagée, il a préconisé de laisser à la patiente deux traitements par semaine pendant six mois et réévaluer la situation après. Dans un courrier du 21 octobre 2013, la Dre I. \_\_\_\_\_, médecin praticien, a informé le médecin conseil de l'assureur que depuis que l'assurée était suivie par le Dr A.E. \_\_\_\_\_ son état s'était lentement mais régulièrement amélioré. Elle recommandait la poursuite de ce traitement qui pouvait l'aider dans la voie de la guérison. Répondant à une demande de renseignements de l'assureur, le Dr A.E. \_\_\_\_\_ a indiqué, par courrier du 22 novembre 2013, que dès lors que l'assureur avait décidé début 2010 d'interrompre tout remboursement, excepté douze séances par an, il avait décidé de garder les factures, assumant complètement les frais du traitement en cours. Il a précisé que la dépendance au traitement n'avait pas changé et que l'assurée suivait toujours trois séances par semaine, depuis 2008. Il n'a pu poser aucun diagnostic standard, le seul approchant étant le syndrome douloureux somatoforme. La patiente avait suivi 130 séances en 2010, 144 en 2011, 145 en 2012 et 120 en 2013. Les traitements étaient du type antalgique, étirements, massages, mobilisations passives et actives, rééducation posturale, proprioceptive, mécano thérapie, ajustements de type chiropratique, ultra-sons, cryothérapie et chaleur, contentions et utilisation de bandage stabilisateur sur les régions soignées. Les douleurs s'étaient propagées avec le temps tout au long du système locomoteur ; l'assurée avait subi au départ des traitements davantage ciblés sur la zone cervico-dorsale que sur le reste du corps, mais avec le temps aucune zone n'avait été épargnée. Durant ces années, la patiente avait consulté divers thérapeutes, dont notamment une psychiatre et une neurologue, et elle avait évolué d'une incapacité de travail totale au début de la prise en charge vers une capacité de travail de 80 %. Selon le Dr A.E. \_\_\_\_\_, les autres traitements n'étaient plus nécessaires, mais le traitement actuel devait être poursuivi à moins d'en trouver un autre

plus efficace. Il lui paraissait nécessaire, sous peine de rechute, de conserver les acquis, la symptomatologie étant chronique et lentement évolutive. B. Le 20 février 2017, D. \_\_\_\_\_, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en soulevant le grief de déni de justice et en concluant à la condamnation de N. \_\_\_\_\_ au paiement d'un montant de 82'039 fr. 40, avec intérêt à 5 % dès le 1<sup>er</sup> août 2013, pour le traitement de chiropraxie suivi de mars 2010 à janvier 2017. Invitée à se déterminer sur le recours et à produire son dossier, N. \_\_\_\_\_ a communiqué à la Cour de céans, le 28 avril 2017, une décision sur opposition rendue le même jour et par laquelle elle a constaté que le Dr A.E. \_\_\_\_\_ s'était engagé auprès d'elle à ne pas facturer ses traitements, qu'il ne lui avait plus transmis de factures jusqu'en 2016, qu'elle ignorait que le traitement se poursuivait et ne pouvait donc pas instruire la cause et qu'une partie des créances dont le paiement était demandé devant le Tribunal cantonal était périmé, avant de refuser, en substance, le paiement des prestations. Par arrêt du 2 mai 2017 ( n° AM 13/17 – 15/2017), la Cour de céans a admis le recours et invité N. \_\_\_\_\_ à rendre une décision sur opposition à bref délai en précisant quelles factures, parmi celles produites par la recourante, étaient prises en charges, lesquelles étaient refusées et, cas échéant, pour quels motifs, dès lors que la décision sur opposition du 28 avril 2017 ne statuait pas véritablement sur le droit aux prestations litigieuses. L'arrêt cantonal retenait qu'au vu des relances successives présentées par la recourante, en particulier en novembre 2012 et novembre 2015, et en l'absence de toute mesure d'instruction concrète ressortant des pièces produites par l'intimée, un retard injustifié était patent avant la décision sur opposition du 28 avril 2017, voire au-delà vu le caractère insuffisant de cette décision pour répondre à la demande de prestations de la recourante. Dans le cadre de la procédure de recours, l'assurée avait notamment produit un rapport de la Dre M. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, du 13 juin 2018 qui indiquait qu'il n'y avait cliniquement et radiologiquement pas d'explication neurologique aux tensions douloureuses sous-auriculaires gauches, l'examen neurologique restant formellement normal ; cette médecin recommandait la poursuite de la psychothérapie et l'exercice d'une activité physique régulière. L'assurée avait en outre produit une décision de la Caisse de pension [...] du 25 septembre 2015 lui accordant une pension d'invalidité partielle dès le 1<sup>er</sup> juin 2015. C. Par décision sur opposition du 27 juillet 2017, l'assureur a constaté la péremption des prestations facturées à l'assurée avant le 22 février 2012, dès lors que les factures ne lui avaient été transmises que le 22 février 2017, dans le cadre du recours déposé par l'assurée. L'assureur n'entrait par ailleurs pas en matière sur le relevé des frais médicaux établi par le Dr A.E. \_\_\_\_\_ qui ne constituait pas des factures de soins, ajoutant qu'elle ignorait que ce médecin avait émis des factures alors qu'il s'était engagé auprès du médecin conseil à ne pas le faire. L'assureur a listé les factures prises en charge et, pour le reste, a confirmé la limitation de prise en charge décidée en 2010 pour les mêmes motifs. D. a) Par acte du 8 septembre 2017, D. \_\_\_\_\_, représentée par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens que N. \_\_\_\_\_ doit prendre en charge les traitements de chiropraxie dispensés à la recourante, ce également ultérieurement au mois de mars 2010. Partant l'intimée devait notamment prendre en charge les frais des séances de chiropraxie dispensées à la recourante entre mars 2010 et janvier 2017 ascendant à 82'039 fr. 40 avec intérêt à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> août 2013 (échéance moyenne) sous déduction des montants dont le remboursement avait été annoncé dans la décision attaquée, toutes prétentions relatives à des frais de chiropraxie ultérieurs

étant réservés. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision sur opposition attaquée et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. La recourante s'est notamment plainte d'avoir requis à plusieurs reprises et en vain auprès de l'intimée de pouvoir consulter le dossier complet la concernant. Elle a qualifié de mauvaise foi le comportement de l'intimée, qui a mis sept ans pour se prononcer sur son opposition et qui ne lui a pas donné l'accès à son dossier. A l'argument de la péremption de certaines factures retenu par l'intimée, la recourante a répondu que l'intimée ne lui avait pas communiqué un état des remboursements afin qu'elle se rende compte du nombre de séances dont elle pouvait requérir le remboursement dans la mesure où il était limité à 36 par an ; l'intimée devait en outre lui rappeler ses droits, en particulier celui de requérir le remboursement de factures même si elles étaient en l'état refusées par l'assureur, vu la durée anormalement longue de la procédure d'opposition. La recourante a expliqué par ailleurs que le Dr A.E. \_\_\_\_\_ n'avait pas renoncé à facturer ses prestations mais qu'il avait suspendu leur recouvrement jusqu'à droit connu sur l'opposition ; le Dr A.E. \_\_\_\_\_ n'avait à aucun moment reconnu que ses prestations ne tombaient pas sous le coup de la LAMal. Selon la recourante, sur le plan médical, les pièces au dossier justifiaient la prise en charge complète des prestations. Elle a en outre soutenu que les factures devaient être soumises à l'assureur en application du système du tiers payant, de sorte qu'il ne lui appartenait pas de s'en acquitter. Dans ses déterminations du 13 novembre 2017, N. \_\_\_\_\_ a conclu au rejet du recours. Elle a confirmé la péremption des factures qui lui avaient été remises, selon le système du tiers garant, au-delà du délai de cinq ans dès réception de la facture par la recourante de son fournisseur de soin. Elle a contesté avoir fait preuve de mauvaise foi, sa position ayant toujours été claire et ayant été formalisée dans une décision explicite. Elle a rappelé que le Dr A.E. \_\_\_\_\_ avait indiqué que ses prestations seraient à sa charge, compte tenu du refus de la prise en charge de l'assureur. Elle n'avait aucune raison de dire à la recourante qu'elle devait quand même lui transmettre les factures qu'elle refusait de prendre en charge. Elle a ajouté qu'elle n'avait pas manqué à son devoir d'information et qu'on ne pouvait pas lui reprocher de la mauvaise foi. Sur le plan médical, elle a relevé que la recourante avait été suivie par treize prestataires de services en seize mois entre 2007 et 2008 et que la surconsommation de soins avait déjà été constatée par son médecin conseil en janvier 2010 ; la dépendance aux soins avait d'ailleurs été admise par le Dr A.E. \_\_\_\_\_. Ce dernier n'avait posé aucun diagnostic standard et aucun trouble objectivable n'avait été constaté justifiant de tels soins aussi durables. L'intimée s'est étonnée ensuite que le Dr A.E. \_\_\_\_\_ ait poursuivi le traitement avec la même intensité pendant plus de sept ans alors qu'en 2010 déjà la surconsommation avait été constatée. L'intimée a opposé le principe de l'interdiction de la surindemnisation en ce sens que la recourante n'avait pas payé les prestations dont il était requis le remboursement de sorte qu'elle n'avait pas subi de préjudice financier. Par courrier du 9 janvier 2018, la recourante a fait part d'observations complémentaires en constatant que l'intimée n'avait pas adressé son dossier complet. Elle a noté que le Dr F. \_\_\_\_\_, dans son expertise du 22 juin 2011, préconisait la prise en charge de deux séances par semaine et suggérait une réévaluation qui n'avait probablement pas été faite. Elle a contesté que le Dr A.E. \_\_\_\_\_ eût renoncé à facturer ses prestations et a précisé qu'elle s'acquitterait des factures dès qu'elle en aurait reçu le remboursement, ce qui excluait toute surindemnisation. Elle a ajouté que la péremption ne saurait être acquise dès lors qu'il avait été convenu que les factures seraient suspendues pendant la durée de la procédure d'opposition qui a duré sept ans à cause du manque d'agissement de l'intimée. Par courrier du 8 mars 2018, le précédent

juge instructeur a renoncé à la production de l'entier du dossier en raison de son volume mais a requis la production par l'intimée de tous les échanges qu'elle avait eus avec le Dr A.E.\_\_\_\_\_, directement ou par l'intermédiaire de son médecin conseil. L'intimée devait en outre produire une liste des factures de chiropraxie ou physiothérapie qu'elle avait acquittées pour la recourante, en précisant le nombre de séances facturées. La recourante conservait la possibilité de consulter l'intégralité du dossier auprès de l'intimée. Par courrier du 15 mai 2018, l'intimée a attesté que toutes les pièces utiles aux besoins de la cause avaient été produites. Elle a produit les factures qui lui avait été présentées pour remboursement par la recourante et prises en charge par l'intimée, ainsi que les décomptes de prestations, excepté ceux antérieurs à 2012 qui n'étaient plus accessibles. Elle a relevé que les factures n'avaient pas été conservées par le Dr A.E.\_\_\_\_\_ mais établies immédiatement après les soins et a affirmé qu'en l'absence de preuve de paiement de ces factures par la recourante, elle ne saurait prétendre à leur remboursement. La recourante s'est déterminée le 5 juillet 2018 en estimant concevable que le Dr A.E.\_\_\_\_\_ ait conservé les factures tout en ne renonçant pas à leur remboursement. b) Après une audience tenue le 23 mai 2019 en vue des débats et du jugement préjudiciel portant sur la péremption du droit aux prestations litigieuses, la Cour de céans a rendu un arrêt le 12 février 2020 constatant la péremption des créances éventuelles en remboursement des factures des 3 janvier 2011, 1<sup>er</sup> février 2011, 13 août 2011, 15 août 2011, 30 décembre 2011, 13 août 2010, 25 octobre 2010, 30 décembre 2010 et 7 janvier 2011 émises par les Drs S.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_, A.V.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, conformément à l'art. 24 al. 1 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), ainsi que l'absence de péremption de la créance éventuelle de D.\_\_\_\_\_ en remboursement des factures des 27 février 2014, 9 avril 2014, 22 juillet 2014 et 2 septembre 2015 du Dr A.E.\_\_\_\_\_, ainsi que des autres factures de ce médecin postérieures à juin 2015. c) Le 24 novembre 2020, à la réquisition du juge instructeur, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a produit les rapports médicaux figurant dans son dossier concernant l'assurée. Il en ressort notamment que le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, avait conclu que son examen neurologique de l'assurée du 14 septembre 2006 était dans les limites physiologiques et avait proposé une thérapie douce auprès d'un physiothérapeute. La Dre Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, avait également conclu, dans un rapport du 5 octobre 2006, à l'absence d'élément inquiétant, émettant l'hypothèse d'une dysfonction cervicale déclenchée par une position inhabituelle lors du voyage en voiture avec évolution favorable, et avait proposé la poursuite de la physiothérapie pendant six séances. Dans un rapport du 8 août 2007, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, avait évoqué un probable syndrome somatoforme douloureux, vu notamment l'absence d'explication claire sur l'origine des douleurs. Dans un rapport daté du 15 décembre 2008, la Dre P.\_\_\_\_\_ avait posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux (F45.4) induisant une incapacité de travail totale dans la profession d'enseignante mais de 80 % comme documentaliste. Elle avait relevé l'évolution chronique des douleurs depuis 2006 et les multiples investigations et traitements suivis sans succès. Le 4 février 2009, les Drs A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), ont examiné l'assurée et ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de rachialgies diffuses à prédominance cervicale dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis avec petite hernie discale C6-C7 sans conflit disco-radiculaire et sans contact avec la moelle (M54) ;

sans effet sur la capacité de travail, ils ont retenu les diagnostics de status après opérations pour fibroadénome bilatéral des seins et syndrome des ovaires polykystiques. Ils ont écarté le diagnostic de fibromyalgie, les douleurs à la palpation étant insuffisantes, mais retenu une tendance à la fibromyalgie, ajoutant que le trouble somatoforme douloureux évoqué par la psychiatre traitante était en accord avec l'observation actuelle. Ils ont constaté que l'assurée ne souffrait d'aucune atteinte psychiatrique. Ils ont considéré que la capacité de travail avait toujours été complète, les limitations fonctionnelles étant compatibles avec son activité d'enseignante, et ont précisé que le taux restreint auquel l'assurée travaillait était motivé pour des raisons non médicales. Les Drs A.E. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ ont contesté l'absence d'incapacité de travail respectivement dans des rapports des 8 et 19 mai 2009. Dans un avis du SMR du 3 juin 2009, le Dr G. \_\_\_\_\_ a toutefois constaté que ces rapports n'apportaient pas d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte lors de l'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR. d) Le 17 décembre 2020, le juge instructeur a indiqué aux parties qu'il envisageait d'ordonner une expertise pluridisciplinaire, avec des volets chiropratique, rhumatologique et psychiatrique, et de désigner J. \_\_\_\_\_ en collaboration avec le Dr Y. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecine manuelle et chiropraticien. Les parties n'y ont émis aucune objection, l'intimée ayant juste précisé le 25 janvier 2021 s'être déjà approchée du Dr Y. \_\_\_\_\_ non pas directement au sujet de la recourante, mais quant au mode de facturation du Dr A.E. \_\_\_\_\_ plusieurs années auparavant. Dès lors, le 1<sup>er</sup> février 2021, le juge instructeur a confié une expertise au Dr Y. \_\_\_\_\_ en qualité de co-expert, mandat que ce médecin a toutefois refusé le 9 février 2021 au motif qu'il s'était rendu compte qu'il avait déjà rendu une expertise pour l'intimée le 25 octobre 2016 concernant déjà cette patiente. Le 1<sup>er</sup> mars 2021, à la réquisition du juge instructeur, l'intimée a produit l'expertise relative à la facturation du Dr A.E. \_\_\_\_\_ concernant la recourante relative à la période de 2010 à juin 2015, réalisée par le Dr Y. \_\_\_\_\_ le 25 octobre 2016 à la demande de l'intimée. Il en ressort que le Dr A.E. \_\_\_\_\_ est le fils du Dr B.E. \_\_\_\_\_, pionnier de la chiropratique suisse, auteur de plusieurs ouvrages et fondateur de l'Institut [...], qui a d'ailleurs repris le cabinet de son père. Sans avoir examiné la patiente, le Dr Y. \_\_\_\_\_ pensait qu'il était légitime d'évoquer le diagnostic de trouble somatoforme douloureux comme l'affirmaient le Dr A.E. \_\_\_\_\_ et la Dre P. \_\_\_\_\_. Le Dr Y. \_\_\_\_\_ reconnaissait qu'il y avait eu un échec partiel de la prise en charge par tous les soignants si l'on tenait compte de la durée des traitements sur plusieurs années et surtout du nombre de séances de traitements chiropratiques combinés mais a relevé que cette remarque était aussi valable pour la psychothérapie. Il a indiqué ensuite que sur le plan des coûts globaux, la situation aurait pu être pire si le tourisme médical s'était poursuivi. Vu sous l'angle de l'art. 56 LAMaI, le Dr Y. \_\_\_\_\_ estimait que les traitements dispensés par le Dr A.E. \_\_\_\_\_ étaient bien dans l'intérêt de l'assurée, les buts du traitement ayant aussi partiellement été atteints par la reprise de l'activité professionnelle. Il restait que l'assurée avait développé une dépendance aux traitements chiropratiques et aux mesures de physiothérapies actives et passives, ce qui était le cas aussi de la psychothérapie pourtant pas contestée. Le défi auquel devaient s'atteler les soignants serait de réduire cette dépendance sans perdre le bénéfice de l'acquis. Il a répondu aux questions de l'assureur de la manière suivante : « - Le traitement facturé par le Dr A.E. \_\_\_\_\_ (2 à 4 séances par semaine pendant au moins

## **E. 8**

a) La recourante invoque la protection de sa bonne foi et rappelle le devoir de renseignement de l'assureur au sens de l'art. 27 LPGa en reprochant à l'intimée de ne pas

lui avoir indiqué qu'elle devait requérir le remboursement de toutes ses factures même si certaines étaient en l'état refusées car dépassant la limite octroyée. b) Sous réserve de l'art. 9 qui ne trouve pas application en l'espèce, la LAMaI ne contient pas de disposition spécifique régissant le devoir d'information des organes d'application, de telle sorte qu'il convient de se référer à l'art. 27 LPGa. Aux termes de cette disposition, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus, dans les limites de leur domaine de compétence, de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Outre cette obligation d'information générale, l'alinéa 2 prévoit également que chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations, les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations étant compétents à cet égard. Ce devoir de conseil de l'assureur social comprend l'obligation de rendre la personne intéressée attentive au fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin des conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur-maladie (Gebhard Eugster, ATSG und Krankenversicherung : Streifzug durch Art. 1-55 ATSG, RSAS 2003 p. 226 ; du même auteur, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3 e éd., Bâle 2016, n° 1528 ss p. 863). Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique (TF K 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 3.3, in SVR 2007 KV n° 14 p. 53 et la référence). Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (Ulrich Meyer, Grundlagen, Begriff und Grenzen der Beratungspflicht der Sozialversicherungsträger nach Art. 27 Abs. 2 ATSG, in Sozialversicherungsrechtstagung, 2006, n° 35, p. 27). Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée de sa part qui peut, à certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) (ATF 131 V 472 consid. 5). D'après la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement (« ohne weiteres ») de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante : que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5 ; TF 9C\_753/2016 du 3 avril 2017 consid. 6.1). c) En l'espèce, la décision du 27 août 2010 de l'intimée indique clairement que le traitement est admis à raison de 36 séances par année (chiropraxie et physiothérapie comprises). La

recourante ne peut donc pas se prévaloir de sa bonne foi ni reprocher à l'intimée de ne pas l'avoir informée de cette limite. Elle a ainsi poursuivi sa consommation médicale intensive en connaissance de cause. Elle ne saurait tenir l'intimée pour responsable du fait qu'elle n'a pas transmis toutes les factures au fur et à mesure et soutenir qu'elle ignorait qu'elle devait les transmettre à l'intimée pendant la procédure d'opposition malgré la décision initiale refusant la prise en charge à la fréquence requise. On voit en effet qu'elle a transmis certaines factures qui ont été remboursées et qu'elle n'a pas présenté d'autres factures alors que la limite de séances indiquée dans la décision de 2010 n'était pas atteinte de sorte qu'il lui était largement loisible de déposer d'autres factures, qui lui auraient été remboursées à concurrence de la limite fixée à 36 séances par an. Les factures dépassant ce quota auraient pu être enregistrées mais n'auraient pas pu être prises en compte en définitive. Ce moyen est donc mal fondé.

## **E. 9**

La recourante se plaint de ce que l'intimée ne lui a pas transmis le dossier malgré plusieurs demandes. La jurisprudence relative à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; ATF 129 II 504 consid. 2.2 ; ATF 127 I 56 consid. 2b ; ATF 127 III 578 consid. 2c ; ATF 126 V 130 consid. 2a) a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 ; ATF 126 I 15 consid. 2a/aa ; ATF 124 V 180 consid. 1a et les références). Dans le contexte des expertises, le droit d'être entendu comprend notamment le droit de prendre connaissance du contenu de l'expertise et de poser des questions complémentaires à l'expert, l'administration ou le tribunal pouvant renoncer à ce que l'expert réponde aux questions complémentaires si aucun élément nouveau n'est à en attendre (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; ATF 125 I 127 consid. 6c/cc in fine ; 124 V 94 consid. 4b ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c ; SVR 2014 UV n° 32 p. 106 ; TF 8C\_834/2013 du 18 juillet 2014 consid. 5.1). Conformément à l'art. 42, deuxième phrase, LPGA, les parties n'ont pas besoin d'être entendues avant les décisions qui peuvent être attaquées par voie d'opposition. Toutefois, au plus tard dans la procédure d'opposition, l'administration doit respecter les principes généraux du droit d'être entendu et, par conséquent, permettre à la personne assurée ou à son représentant de consulter le dossier sur lequel elle fonde sa décision sur opposition (ATF 132 V 387 consid. 4.1). Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; ATF 126 I 68 consid. 2 ; ATF 126 V 130 consid. 2b et les références). En l'espèce, il est constant que la recourante a vainement tenté d'obtenir le dossier pour consultation pendant la procédure d'opposition à plusieurs reprises (courriers des 23 novembre 2012 et 4 novembre 2015, recours du 20 février 2017, ainsi que courriers des 4 mai 2017, 18 mai 2017 et 21 juin 2017). Pendant toute la procédure d'opposition qui a duré sept ans, l'intimée n'a, de manière incompréhensible, jamais donné suite à ces nombreuses demandes, ce qui est d'ores et déjà constitutif d'une violation importante du droit d'être entendu de l'assurée. On relève que la décision attaquée repose sur une expertise du Dr F.\_\_\_\_\_ qui n'a jamais été portée à la connaissance de la recourante et sur laquelle elle n'a ainsi jamais pu faire valoir ses moyens

dans le cadre de la procédure d'opposition. On rappelle en outre que la recourante avait déposé un précédent recours pour violation du droit d'être entendu et déni de justice par acte du 20 février 2017 et que, dans le délai de réponse, l'intimée avait produit une décision sur opposition sans produire le dossier malgré l'invitation du juge à produire le dossier avec ses déterminations, de sorte que la recourante n'en avait toujours pas pris connaissance lorsqu'elle a déposé le présent recours. Dans le cadre de la présente procédure de recours, à la demande du juge instructeur, l'intimée a à nouveau été invitée à produire le dossier complet de l'assurée par courrier du 13 septembre 2017. Dans un courrier du 8 mars 2018, le juge instructeur constatait que l'intimée n'avait toutefois produit qu'une sélection de pièces, sans le préciser, ce qui n'était pas admissible. Il indiquait que si l'intimée estimait que des motifs d'économie de procédure justifiaient de ne produire qu'une partie du dossier en raison de son volume, il lui appartenait de le préciser clairement d'emblée. Compte tenu de l'indication de l'intimée selon laquelle le dossier était très volumineux, le juge instructeur avait renoncé à la production de l'intégralité du dossier mais avait requis de l'intimée qu'elle complète le dossier, ce qu'elle a fait en déposant quelques pièces supplémentaires. A ce stade, la Cour de céans et la recourante étaient légitimées à considérer que toutes les pièces utiles pour statuer sur les prétentions de la recourante avaient été versées au dossier. Or tel n'était pas le cas. En effet, lorsque le juge instructeur a voulu mettre en œuvre une expertise auprès du Dr Y. \_\_\_\_\_, celui-ci a refusé le mandat en indiquant avoir déjà procédé à une expertise dans ce dossier. Cependant aucun rapport de cet expert ne figurait au dossier produit par l'intimée ; celle-ci avait pourtant été interpellée avant la mise en œuvre de cette expertise et avait répondu qu'elle avait approché ce médecin non pas directement au sujet de la recourante mais quant au mode de facturation du Dr A.E. \_\_\_\_\_ plusieurs années auparavant. Il s'est avéré que non seulement l'intimée disposait d'un rapport d'expertise de la présente situation établi par ce médecin et n'avait pas produit cette pièce importante du dossier, mais qu'en plus lorsqu'elle a été interpellée par le juge instructeur lors de la mise en œuvre du Dr Y. \_\_\_\_\_, elle n'a pas indiqué qu'elle l'avait déjà mandaté dans le cadre de la procédure d'opposition. On ajoute que l'intimée a requis l'expertise du Dr Y. \_\_\_\_\_ sans en informer la recourante, qui n'a pas été vue par l'expert, ni n'a eu connaissance de son rapport. Cette succession de violations du droit d'être entendu de la recourante est tout à fait inadmissible et doit être qualifiée de crasse. Une telle violation du droit d'être entendu justifierait une annulation de la décision sur opposition sans même entrer en matière sur le fond. Cependant l'instruction de la procédure de recours était déjà avancée et la Cour était déjà entrée en matière sur le fond en rendant un arrêt préjudiciel lorsque les faits constitutifs de la violation crasse du droit d'être entendu de la recourante ont été portés à la connaissance de la Cour. Il se justifie en conséquence, par économie de procédure, de considérer que la violation du droit d'être entendu a été réparée. Il a donc été décidé de statuer sur le recours, la recourante ayant eu l'occasion de s'exprimer sur toutes les pièces au dossier, en particulier sur tous les rapports d'expertise la concernant devant la Cour des assurances sociales qui jouit d'un plein pouvoir d'examen. Cela étant, le principe de causalité veut que les frais inutiles soient payés par celui qui les a occasionnés (ATF 125 V 373 consid. 2b ; SVR 2018 IV n° 89 p. 263 ; TF 8C\_304/2018 du 6 juillet 2018 consid. 4.3.2). Cela peut notamment justifier une indemnité de partie à la charge de l'institution d'assurance ou de l'organe d'exécution qui a obtenu gain de cause (SVR 2010 IV n° 40 p. 126 ; TF 9C\_1000/2009 du 6 janvier 2010 consid. 2.2 ; TFA C 56/03 du 20 août 2003 consid. 3.1 et les références citées). Ce principe général du droit, selon lequel la partie qui a causé les frais de la procédure doit les assumer, s'applique également en cas de violation du

droit d'être entendu (TF 8C\_738/2014 du 15 janvier 2015 consid. 7 ; TF 8C\_672/2020 du 15 avril 2021 consid. 5.2). Ce qui est déterminant pour les conséquences financières, c'est que la partie n'ait pas à supporter des frais qu'elle n'aurait pas eus si le droit d'être entendu n'avait pas été violé (TF 8C\_843/2014 du 18 mars 2015 consid. 11). En l'espèce, la recourante n'a pas pu accéder à son dossier durant toute la phase de l'opposition ; elle a dû déposer un recours pour pouvoir consulter son dossier. Néanmoins, de manière contraire aux injonctions de l'autorité de céans et à l'art. 81 al. 2 LPA-VD, l'intimée n'a pas produit l'intégralité du dossier, ni toutes les pièces utiles. La recourante n'a ainsi pas eu connaissance de toutes les pièces déterminantes dans le cadre de l'échange des écritures dans la présente procédure de recours puisque l'expertise du Dr Y.\_\_\_\_\_ n'a été produite que lors de la mise en œuvre de l'expertise judiciaire. Il s'ensuit que le recours et les écritures subséquentes ont été utiles pour connaître les pièces constituant le fondement de la décision sur opposition et afin de pouvoir l'attaquer en toute connaissance de cause. Ce n'est par conséquent qu'en mars 2021 que la recourante a eu connaissance de l'ensemble du dossier établi par l'intimée et qu'elle a pu faire valoir ses moyens ; vu le stade de la procédure de recours à ce moment-là et le contenu de l'expertise Y.\_\_\_\_\_, il était compréhensible qu'elle maintienne son recours. Si son droit d'être entendu n'avait pas été violé, elle aurait pu se déterminer dans le cadre de la procédure d'opposition sur l'ensemble des pièces médicales au dossier, en particulier les expertises du Dr F.\_\_\_\_\_, et en se prévalant des constatations du Dr Y.\_\_\_\_\_ ; l'intimée aurait ainsi dû se positionner sur ses griefs, notamment sur ceux relatifs au fait que l'expertise Y.\_\_\_\_\_ n'apparaît nullement dans la décision sur opposition et ne semble donc pas avoir été prise en considération. Le manque de transparence de l'intimée a certes largement incité la recourante à agir devant l'autorité de céans. On peut même affirmer que son obstruction à laisser la recourante accéder à son dossier n'a pas laissé d'autre choix à cette dernière de procéder par la voie du recours et à confier l'instruction de la cause à la Cour de céans. Cette situation justifie l'allocation d'une indemnité à titre de pleins dépens à la recourante, quand bien même celle-ci n'obtient pas gain de cause sur l'ensemble de ses conclusions. Pour la fixation de leur montant, il convient de tenir compte de 30 heures raisonnablement consacrées au litige au tarif horaire de 250 fr., soit 7'500 fr., montant auquel il y a lieu d'ajouter des débours forfaitaires et la TVA (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), ce qui conduit à fixer l'indemnité de dépens au montant arrondi de 8'500 francs.

## **E. 10**

Sous réserve des exigences définies à l'art. 61 let a à i LPGA, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est régie par le droit cantonal et les principes généraux de procédure. Conformément à l'art. 61 let. f bis LPGA, la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit, si la loi spéciale ne prévoit pas de frais judiciaires pour de tels litiges, le tribunal peut en mettre à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou fait preuve de légèreté. Dans une jurisprudence constante, le Tribunal fédéral a indiqué que les frais qui découlaient de la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire mono-, bi- ou pluridisciplinaire pouvaient le cas échéant être mis à la charge d'un assureur social. En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décidait de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un ou plusieurs experts ou à un centre d'expertise parce qu'elle estimait que l'instruction menée par l'autorité administrative était insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervenait dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre

cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituaient pas des frais de justice, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui devaient être pris en charge par l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Le Tribunal fédéral a précisé par la suite que cette règle ne devait pas entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore fallait-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 devait exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 139 V 496 consid. 4 ; TF 9C\_781/2013 du 28 janvier 2014 consid. 3.2 et 4.2 sur l'application en matière d'assurance maladie). En l'espèce, l'instruction telle qu'elle résultait du dossier transmis par l'intimée au début de la procédure de recours apparaissait des plus lacunaires et insatisfaisantes. Les expertises du Dr F.\_\_\_\_\_ datant de 2010 et 2011 n'étaient pas suffisantes pour se prononcer et aucun renseignement médical n'a été requis entre 2013 et 2017, ni même aucune mesure d'instruction n'a été ordonnée pendant cette longue période, sous réserve de l'expertise Y.\_\_\_\_\_ en 2016 mais dont on a appris l'existence qu'au moment de mettre en œuvre l'expertise judiciaire en mars 2021. Cette expertise n'était au demeurant pas suffisamment probante pour les motifs indiqués plus haut. En outre, en tant que partie à la présente procédure, comme il a été constaté plus haut, l'intimée a agi avec légèreté, voir témérement. C'est donc en raison de ces lacunes et insuffisances caractérisées qu'une expertise judiciaire a dû être réalisée afin de pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Il se justifie ainsi de mettre les frais des expertises judiciaires, par 11'990 fr. (soit 8'990 fr. pour J.\_\_\_\_\_ et 3'000 fr. pour le Dr CS.\_\_\_\_\_), à la charge de l'intimée. Celle-ci devra par ailleurs verser à la recourante une indemnité de 200 fr. pour les frais de déplacement pour l'expertise judiciaire. L'arrêt est rendu sans frais.

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