

## VD\_GERICHTE ZE15.019432 vom 25. Juni 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-06-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZE15.019432](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE15.019432)

FR: VD\_GERICHTE ZE15.019432 du 25 juin 2015

IT: VD\_GERICHTE ZE15.019432 del 25 giugno 2015

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AM 19/15 - 24/2015 ZE15.019432 CO UR DE S  
ASSURANCES S OCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 25 juin 2015 \_\_\_\_\_ Composition : Mme RÖTHENBACHER, juge  
unique Greffière : Mme Mestre Carvalho \*\*\*\*\* Cause pendante entre : R. \_\_\_\_\_, à [...],  
recourante, représentée par Me Jean-Baptiste Vaudan, avocat à Genève, et H. \_\_\_\_\_ [...],  
à [...], intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne. \_\_\_\_\_ Art.  
54 al. 1 let. c LPGA ; art. 11 al. 1 let. b et al. 2 OPGA. 403

- 2 - E n f a i t : A. R. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1963, travaillait depuis 1996 en  
tant que femme de chambre à 100% auprès de l'Hôtel S. \_\_\_\_\_ à Z. \_\_\_\_\_. A ce titre,  
elle était couverte contre la perte de gain selon la LAMaI (loi fédérale du 18 mars 1994 sur  
l'assurance-maladie ; RS 832.10) auprès de H. \_\_\_\_\_ [...] (ci-après : H. \_\_\_\_\_) dans  
le cadre d'un contrat collectif d'indemnités journalières en cas de maladie conclu par son  
employeur. Selon un rapport médical établi le 24 mars 2014 par la Dresse Q. \_\_\_\_\_,  
spécialiste en neurochirurgie, l'assurée souffrait depuis début janvier 2014 d'une hernie  
discale L5-S1. Par communication du 15 juillet 2014, l'Office de l'assurance- invalidité  
pour le canton de Vaud a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre  
professionnel n'était alors possible, sa situation médicale n'étant pas encore stabilisée et ne  
permettant pas la mise en oeuvre de telles mesures. L'assurée s'est vu signifier son  
licenciement par lettre du 25 juillet 2014, avec effet au 31 août 2014. Par demande du 25  
août 2014 adressée à H. \_\_\_\_\_, l'intéressée a requis son transfert dans l'assurance  
individuelle dès le 1er septembre 2014. H. \_\_\_\_\_ a confié un mandat d'expertise au Dr  
N. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport. Dans son  
rapport d'expertise du 5 septembre 2014, ce médecin a posé les diagnostics de  
lombosciatalgies droites chroniques et de hernie discale L5- S1 droite. Il a retenu que du  
point de vue rhumatologique, l'incapacité de travail de l'assurée dans son activité  
professionnelle de femme de chambre restait justifiée, ceci de manière vraisemblablement  
durable et

- 3 - définitive en regard des contraintes rachidiennes et de la position debout prolongée  
qu'imposait cette activité. En revanche, il a estimé que la capacité de travail pourrait être  
entière avec une diminution de 20%, respectivement que la capacité de travail était de 80%  
dans une activité professionnelle légère, plutôt sédentaire, excluant les ports de charges au-  
delà de 10 kg ainsi que les mouvements répétitifs du rachis en porte-à- faux, et autorisant  
l'alternance des positions assise et debout deux fois par heure, ceci en tenant compte de la  
diminution de rendement liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches  
impliquant le rachis et à la prise éventuelle de pauses supplémentaires. Par courrier du 1er  
octobre 2014, l'assurance perte de gain a informé l'assurée que, selon l'expertise du Dr  
N. \_\_\_\_\_, l'activité de femme de chambre n'était plus envisageable mais qu'une

capacité de travail de 80% pouvait être retenue dans le cadre d'une activité adaptée. Relevant qu'une telle situation pouvait donner lieu à des prestations d'assurance durant une période limitée en vue de rechercher un nouvel emploi, H.\_\_\_\_\_ a fait savoir à l'intéressée que des indemnités journalières à 100% lui seraient versées jusqu'au 31 décembre 2014, sous réserve de l'obtention d'un certificat médical et dans la mesure où aucune reprise de travail n'interviendrait entre-temps. L'assurance a cependant ajouté que, dès le 1er janvier 2015, seule une incapacité de travail de 20% serait reconnue. Or, selon son règlement, l'incapacité de travail devait être d'au moins 50% pour pouvoir prétendre à des prestations dans le cadre de l'assurance perte de gain individuelle. Partant, eu égard au taux d'incapacité de travail de 20% admis à compter du 1er janvier 2015, plus aucune prestation ne serait allouée à l'assurée dès cette date. Le 28 novembre 2014, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a écrit à la protection juridique de l'assurée que celle-ci était en incapacité de travail totale en raison de lombosciatalgies droites chroniques dues à une hernie discale, mais également à des discopathies dégénératives aux niveaux L3-L4 et L4-L5 qui constituaient une usure irréversible. Ce status était aggravé par des cervico-brachialgies bilatérales, ainsi que par un état dépressif chronique.

- 4 - En date du 17 décembre 2014, l'assurée, par sa protection juridique, a transmis à l'assurance perte de gain le compte-rendu précité du Dr M.\_\_\_\_\_ tout en faisant valoir que la mise en œuvre d'une expertise s'imposait au vu des avis médicaux contradictoires au dossier. Par certificat médical du 5 janvier 2015, le Dr M.\_\_\_\_\_ a attesté une entière incapacité de travail pour la période du 1er au 31 janvier 2015. Cette incapacité de travail a ensuite été prolongée jusqu'au 28 février 2015, par certificat médical du 30 janvier 2015. Aux termes d'une correspondance du 13 février 2015, l'assurée, agissant désormais par son avocat, a relevé que l'assurance n'avait pas pris position sur les observations formulées le 17 décembre 2014 et s'est par ailleurs référée à la production, le 22 janvier 2015, d'un certificat médical du Dr G.\_\_\_\_\_, psychiatre, attestant une incapacité de travail à 100% pour la période du 1er janvier au 28 février 2015. Cela étant, elle a demandé à ce que lui versées les indemnités journalières impayées qui lui étaient dues depuis le 1er janvier 2015. En date du 23 février 2015, H.\_\_\_\_\_ a rendu une décision mettant fin au versement des prestations en faveur de l'assurée avec effet au 31 décembre 2014. Dans sa motivation, l'assurance a repris l'argumentation développée dans son courrier du 1er octobre 2014 et a ajouté que le rapport du 28 novembre 2014 du Dr M.\_\_\_\_\_ ne modifiait pas son appréciation. Cette décision indiquait en outre que l'effet suspensif d'une éventuelle opposition était retiré conformément à l'art. 11 al. 1 let. b OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11). Le 27 février 2015, le Dr M.\_\_\_\_\_ a établi un certificat médical attestant une entière incapacité de travail jusqu'au 31 mars 2015. Puis, le 2 mars 2015, le Dr G.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail à 100% se prolongeant jusqu'au 30 avril 2015.

- 5 - Par acte du 3 mars 2015 rédigé par son conseil, l'assurée a fait opposition à la décision du 23 février 2015, sollicitant préalablement la restitution de l'effet suspensif et concluant, sur le fond, à l'annulation de la décision en cause ainsi qu'à la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2014. Par courrier du 25 mars 2015, l'assurée, sous la plume de son conseil, a invité l'assurance à statuer immédiatement sur l'opposition, à tout le moins sur la requête de restitution de l'effet suspensif. Le 1er avril 2015, l'assurance a écrit au conseil de l'assurée pour l'informer, d'une part, qu'une demande de rapport médical avait été adressée au Dr G.\_\_\_\_\_ et, d'autre part, qu'une

expertise psychiatrique avait été organisée auprès du Docteur L. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, expertise dans le cadre de laquelle l'intéressée avait été convoquée pour le 5 juin 2015. Le 15 avril 2015, H. \_\_\_\_\_ a rendu une « décision sur la restitution de l'effet suspensif », dont on extrait ce qui suit : "II. DROIT 1. L'opposition a été interjetée dans les formes et délais légaux. Elle est donc recevable. 2. La présente décision ne concerne que la restitution de l'effet suspensif requise par le conseil de l'assurée dans son opposition du 3 mars 2015. La question de l'état de santé et de la capacité de gain de Mme R. \_\_\_\_\_ fera l'objet d'une décision sur opposition subséquente. 3. D'après la jurisprudence relative à l'art. 55 al. 1 PA, à laquelle l'entrée en vigueur de la LPGA et de l'OPGA n'a rien changé (arrêt P. du 24 février 2004, I 46/04, consid. 1, in HAVE 2004 p. 127), la possibilité de retirer l'effet suspensif n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien

- 6 - plutôt à l'autorité appelée à statuer, en application de l'art. 55 PA, d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération; il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute (ATF 124 V 85 consid. 6a, 117 V 191 consid. 2b et les références). Comme l'a rappelé la Haute Cour dans l'Arrêt I 439/06 du 19 septembre 2006, l'intérêt de l'administration apparaît généralement prépondérant, puisque dans l'hypothèse où l'assuré n'obtiendrait pas gain de cause sur le fond matériel de la contestation, il est en effet à craindre que la procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse (ATF 105 V 269 consid. 3; VSI 2000 p. 187 consid. 5). Or, s'agissant des prévisions sur l'issue du litige, il apparaît d'emblée qu'elles ne présentent pas, pour l'assurée, un degré de certitude suffisant pour qu'elles soient prises en considération en l'espèce. Bien plus, l'expertise du Dr N. \_\_\_\_\_ laisse prévoir que le litige se soldera vraisemblablement par une confirmation de la décision d'H. \_\_\_\_\_ de mettre un terme à ses prestations d'assurance à compter du 31 décembre 2014, même si une instruction complémentaire est en cours. Quant aux intérêts en présence, il est incontestable qu'en cas de restitution de l'effet suspensif suivi d'une décision sur opposition confirmant la pleine capacité de travail de l'assurée, H. \_\_\_\_\_ peinerait à obtenir le remboursement des prestations versées à tort. L'intérêt d'H. \_\_\_\_\_ prime ainsi, de jurisprudence constante, celui de Mme R. \_\_\_\_\_. Il y a donc, en l'espèce, un intérêt public prépondérant qui s'oppose à la restitution de l'effet suspensif requise par Mme R. \_\_\_\_\_ ; de même, il n'y a pas d'éléments permettant de retenir que les intérêts de celle-ci soient « gravement menacés » au sens de cette disposition. Au vu de ce qui précède, on doit, dès lors, admettre que l'intérêt d'H. \_\_\_\_\_ à mettre un terme à ses prestations l'emporte sur celui de l'assurée à continuer notamment à percevoir des indemnités journalières durant la durée de la procédure. La restitution de l'effet suspensif n'est par conséquent pas justifiée in casu, de sorte que la requête de l'assurée à cet égard se révèle mal fondée sur ce point. \*\*\*\*\* III. CONCLUSIONS Pour les raisons susmentionnées, H. \_\_\_\_\_ décide de :

- 7 - 1. rejeter la requête de restitution de l'effet suspensif déposée par le conseil de Mme R. \_\_\_\_\_ ; 2. confirmer, sur ce point, la décision de H. \_\_\_\_\_ du 23 février 2015 ; 3.

retirer l'effet suspensif d'un éventuel recours ; \*\*\*\*\* IV. VOIES DE DROIT La présente décision peut être attaquée dans les 30 jours suivant sa notification par la voie du recours de droit administratif auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, Route du signal 11, 1014 Lausanne, (art. 56 al. 1, 58 al. 1 et 60 al. 1 LPGA). L'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA). Passé ce délai, la présente décision entrera en force." Dans un rapport médical du 16 avril 2015, le Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée l'avait consulté à neuf reprises entre le 7 juillet 2014 et le 22 janvier 2015, qu'elle souffrait d'un trouble de l'adaptation et d'alexithymie, qu'elle n'était pas accessible à une psychothérapie et que le pronostic était réservé. B. Agissant par l'entremise de son conseil, R.\_\_\_\_\_ a recouru le 12 mai 2015 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 15 avril 2015, concluant à son annulation et à la restitution de l'effet suspensif à l'opposition du 3 mars 2015. En substance, la recourante reproche à H.\_\_\_\_\_ d'avoir constaté les faits de façon incomplète, sans tenir compte des avis médicaux concernant ses troubles psychiques. Elle conteste également le fait que le retrait de l'effet suspensif ait été étendu à un pan du dossier qui n'est pas traité dans la décision elle-même et qui n'a jamais été instruit à ce jour – à savoir l'incapacité de travail induite par ses troubles psychiques en cours d'investigation. A l'appui de ses dires, la recourante produit un onglet de pièces se rapportant aux phases antérieures de la procédure. Dans sa réponse du 27 mai 2015, l'intimée, par son conseil, a conclu à l'irrecevabilité du recours, respectivement à son rejet dans la mesure où celui-ci est recevable. Sous l'angle formel, H.\_\_\_\_\_ relève

- 8 - que le recours a été interjeté après l'échéance du délai de dix jours prévu par le droit cantonal, de sorte qu'il n'est pas recevable. Sur le fond, l'assurance retient tout d'abord que les prévisions sur l'issue du litige ne présentent pas, pour la recourante, un degré de certitude suffisant pour être prises en considération. Elle ajoute, à cet égard, que l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_ laisse prévoir que le litige se soldera vraisemblablement par une confirmation de sa décision d'interrompre le versement des prestations au 31 décembre 2014, cela quand bien même l'instruction est encore en cours ; sur ce point, elle souligne qu'il est fréquent, en pratique, que les diagnostics d'ordre dépressif n'aient aucune répercussion sur la capacité de travail. L'intimée estime en outre que l'intérêt public à mettre un terme aux prestations l'emporte, en l'occurrence, sur l'intérêt de l'assurée à continuer à percevoir des indemnités journalières durant la procédure. Pour ces motifs, H.\_\_\_\_\_ est d'avis que la restitution de l'effet suspensif n'est pas justifiée dans le cas particulier. Elle observe enfin que l'état de santé de la recourante forme un tout et qu'il n'y a pas lieu d'analyser les troubles physiques et les affections psychiques séparément. Aux termes de sa réplique du 9 juin 2015, la recourante maintient ses précédents motifs et conclusions. Elle fait valoir, de surcroît, que le délai pour agir devant la juridiction cantonale était de trente jours et non de dix jours. Dupliquant le 12 juin 2015, l'intimée maintient sa position. E n d r o i t : 1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le

- 9 - canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). Cette loi

attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Concernant plus spécifiquement les décisions sur effet suspensif, elles peuvent faire l'objet d'un recours séparé (cf. art. 74 al. 3 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). Le recours au Tribunal cantonal s'exerce dans les trente jours dès la notification de la décision ou du jugement attaqué (cf. art. 95 LPA-VD ; cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'occurrence, l'intimée conclut à l'irrecevabilité du recours au motif que celui-ci aurait dû, en application de l'art. 94 al. 2 LPA-VD, être déposé dans un délai de dix jours dès la notification de la décision du 15 avril 2015 (cf. réponse du 27 mai 2015 p. 4 et duplique du 12 juin 2015 p. 1). Ce raisonnement ne saurait toutefois être suivi. L'art. 94 al. 2 LPA-VD prévoit en effet que le magistrat instructeur est compétent pour rendre les décisions d'instruction, celles relatives à l'effet suspensif, aux mesures provisionnelles et à l'assistance judiciaire (phrase 1), et que les décisions sur mesures provisionnelles et celles relatives à l'effet suspensif peuvent faire l'objet d'un recours à la Cour dans un délai de dix jours dès la notification de la décision (phrase 2). Autrement dit, si l'art. 94 al. 2 LPA-VD prévoit certes un délai de dix jours pour recourir contre les décisions relatives à l'effet suspensif, il n'en demeure pas moins que cette disposition a trait aux seules décisions rendues par le juge instructeur (cf. Benoît Bovay/Thibault Blanchard/Clémence Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, LPA-VD annotée, Bâle 2012, n°5 ad art. 94 LPA-VD p. 436), à l'exclusion de celles prononcées – comme en l'espèce – par l'administration. Il suit de là que le recours déposé par R.\_\_\_\_\_ dans le délai ordinaire de trente jours prévu par la loi (cf. art. 95 LPA-VD et 60 al. 1 LPGA ; cf. également décision litigieuse du 15 avril 2015 p. 4 rubrique « Voies de droit ») l'a été en temps utile. Il est donc recevable. b) La valeur litigieuse est en l'occurrence très vraisemblablement inférieure à 30'000 fr., dans la mesure où tout porte à

- 10 - croire que les prétentions au fond de la recourante – dont l'examen par l'expert psychiatre L.\_\_\_\_\_ a eu lieu le 5 juin 2015 – feront l'objet d'une décision sur opposition avant que ce seuil ne soit atteint. Partant, la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour statuant en tant que juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Est seule litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'effet suspensif doit être restitué à l'opposition formée par la recourante contre la décision rendue le 23 février 2015 par H.\_\_\_\_\_. 3. a) L'art. 54 al. 1 let. c LPGA prévoit notamment que les décisions sont exécutoires lorsque l'effet suspensif attribué à une opposition a été retiré. L'art. 11 al. 1 let. b OPGA indique en outre que l'opposition a un effet suspensif sauf si l'assureur a retiré l'effet suspensif dans sa décision. Selon l'art. 11 al. 2 OPGA, l'assureur peut, sur requête ou d'office, retirer l'effet suspensif ou rétablir l'effet suspensif retiré dans la décision, une telle requête devant être traitée sans délai. b) L'entrée en vigueur de la LPGA et de l'OPGA n'a rien changé à la jurisprudence en matière de retrait par l'administration de l'effet suspensif à une opposition ou à un recours ou de restitution de l'effet suspensif (cf. TFA I 610/06 du 27 octobre 2006 consid. 2.2. avec la référence citée). Ainsi, la possibilité de retirer l'effet suspensif au recours ou à une opposition n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des

intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en

- 11 - considération ; il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute. Par ailleurs, l'autorité ne saurait retirer l'effet suspensif au recours lorsqu'elle n'a pas de raisons convaincantes pour le faire (cf. ATF 124 V 82 consid. 6a et 117 V 189 consid. 2b avec les références). Lorsque sont mis en balance, d'une part, l'intérêt financier de l'assuré à obtenir ou maintenir des prestations d'assurance sans attendre l'issue du litige au fond et, d'autre part, l'intérêt de l'assureur social à ne pas verser des prestations qu'il ne pourra vraisemblablement recouvrer à l'issue du procès s'il obtient gain de cause, l'intérêt de l'administration apparaît généralement prépondérant et l'emporte ainsi sur celui de l'assuré (cf. ATF 124 V 82 consid. 4 et 119 V 503 consid. 4 avec les références citées ; cf. TF 9C\_1073/2008 du 6 mars 2009). 4. a) La LAMal régit l'assurance-maladie sociale, qui comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières (cf. art. 1a al. 1 LAMal). En l'espèce, la présente affaire s'inscrit dans le cadre d'une contestation entre H.\_\_\_\_\_ et la recourante portant sur le droit éventuel de cette dernière à des prestations perte de gain relevant de l'assurance facultative d'indemnités journalières (au sens des art. 67 ss LAMaI), ensuite de son passage dans l'assurance individuelle selon l'art. 71 al. 1 LAMaI. Partant, la LAMaI est applicable. b) Selon l'art. 72 al. 2 LAMaI, le versement d'une indemnité journalière d'assurance-maladie suppose une incapacité de travail. 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 (cf. ATF 129 V 51 consid. 1.1 ; cf. TF 9C\_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.3 et la références citée). Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut, selon la jurisprudence, établir dans quelle mesure l'assuré ne peut plus, en raison de l'atteinte à la santé, exercer

- 12 - son activité antérieure, compte tenu de sa productivité effective et de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger de lui. En revanche, l'estimation médico-théorique de l'incapacité de travail n'est pas déterminante (cf. ATF 114 V 281 consid. 1c ; TF 9C\_546/2007 précité, loc. cit.). 5. a) En l'espèce, la décision du 23 février 2015 mettant fin aux prestations d'assurance avec effet au 31 décembre 2014 est fondée uniquement sur le rapport d'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_ du 5 septembre 2014, reconnaissant à l'assurée une capacité de travail de 80% (respectivement de 100%, avec une diminution de rendement de 20%) dans une activité adaptée à ses troubles somatiques. Cette décision ne fait aucunement mention des problèmes psychiques de la recourante. Il apparaît pourtant que, dans son rapport du 28 novembre 2014, le Dr M.\_\_\_\_\_ a signalé un état dépressif chronique et que l'intéressée est par ailleurs au bénéfice de certificats d'incapacité de travail établis tant par son médecin traitant que par le Dr G.\_\_\_\_\_, psychiatre. b) Dans sa réponse du 27 mai 2015 (p. 6), l'intimée a exposé, s'agissant des prévisions sur l'issue du litige, que celles-ci ne présentaient pas un degré de certitude suffisant pour pouvoir être prises en considération mais que l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_ laissait prévoir que le litige se solderait vraisemblablement par une confirmation de la décision mettant un terme aux prestations, cela quand bien même une instruction complémentaire était en cours, et qu'il était du reste fréquent en pratique que les diagnostics d'ordre dépressif n'aient aucune répercussion sur la capacité de travail. Un tel raisonnement – outre son caractère antinomique, considérant l'issue du litige comme indéfinie mais retenant paradoxalement que l'interruption des prestations serait probablement confirmée – ne peut toutefois qu'être

écarté, dès lors que des troubles dépressifs peuvent tout à fait entraîner une incapacité de travail et que cette situation est loin d'être rare dans la pratique. En tous les cas, l'intimée ne pouvait pas se fonder sur une simple généralité (qui plus est, sans ancrage dans la réalité) pour conclure que l'issue du litige au fond serait vraisemblablement défavorable à la recourante.

- 13 - Par ailleurs, l'intimée a également relevé que l'état de santé de la recourante formait un tout, que sa capacité de travail devait être examinée globalement et qu'il était exclu d'analyser les troubles physiques et psychiques séparément (cf. réponse du 27 mai 2015 p. 6). Or, c'est précisément ce que l'assurance a fait en ordonnant, d'une part, une expertise somatique et, d'autre part, une expertise psychiatrique, en lieu et place d'une expertise pluridisciplinaire comportant une appréciation médicale consensuelle des différents experts. A ce stade, il convient encore d'ajouter que le règlement de l'intimée, qui n'est certes pas produit mais qui figure sur son site internet (cf. [http://www.\[...\].ch/fr/download/apg/reglements/Reglement\\_2014-fr.pdf](http://www.[...].ch/fr/download/apg/reglements/Reglement_2014-fr.pdf)), prévoit en particulier à ses art. 23 et 24 que toute incapacité de travail doit être attestée par un certificat médical (cf. art. 23.2 et 24.1 du règlement) et que les prestations sont versées pour autant que le certificat médical établisse la durée et le degré d'incapacité de travail (cf. art. 24.2 du règlement). Précisément, tant le Dr M. \_\_\_\_\_ que le psychiatre G. \_\_\_\_\_ ont établi des certificats médicaux attestant une entière incapacité de travail de façon continue depuis janvier 2015. c) A la lumière de l'ensemble des considérations qui précèdent, la Cour de céans retient en définitive que, compte tenu du fait que des certificats médicaux existent et que les médecins consultés par la recourante ont signalé des troubles psychiques, l'intimée – qui retient pourtant que l'état de santé de l'intéressée doit être considéré comme un tout, sans dissocier l'aspect physique de l'aspect psychique (cf. réponse du 27 mai 2015 p. 6) – ne pouvait donc pas suspendre le versement des indemnités journalières en fondant cette suspension sur les seuls troubles somatiques, alors que l'aspect psychique était encore en cours d'investigation. Ces circonstances particulières justifient de faire droit aux conclusions de la recourante et doivent dès lors l'emporter sur la mise en balance des autres intérêts en jeu.

- 14 - 6. a) Par voie de conséquence, il y a lieu d'admettre le recours et d'annuler la décision entreprise du 15 avril 2015, l'effet suspensif devant être restitué à l'opposition formée par l'assurée le 3 mars 2015. b) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens qu'il y a lieu de fixer en l'occurrence à 2'500 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

- 15 - Par ces motifs, la juge unique p r o n o n c e : I. Le recours déposé le 12 mai 2015 par R. \_\_\_\_\_ est admis. II. La décision sur la restitution de l'effet suspensif rendue le 15 avril 2015 par H. \_\_\_\_\_ [...] est annulée, l'effet suspensif étant restitué à l'opposition formée le 3 mars 2015 par la recourante. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. H. \_\_\_\_\_ [...] versera à la recourante une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens. La juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - Me Jean-Baptiste Vaudan (pour R. \_\_\_\_\_), - Me Didier Elsig (pour H. \_\_\_\_\_ [...]), - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies.

- 16 - Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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