

VD_GERICHTE ZE17.020196 vom 9. April 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-04-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE17.020196

FR: VD_GERICHTE ZE17.020196 du 9 avril 2018

IT: VD_GERICHTE ZE17.020196 del 9 aprile 2018

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être

- 6 - déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) devant le tribunal compétent. Il satisfait en outre aux conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

E. 2

La question litigieuse tient au terme porté au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mai 2016 au motif d'une pleine capacité de travail dans la profession de comptable, capacité telle que reconnue par les Dresses Z. _____ et T. _____.

E. 3

a) Aux termes de l'art. 53 al. 3 LPGA, un assureur social peut, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé. A contrario, si l'assureur a déjà envoyé sa réponse, il ne peut plus reconsidérer sa décision. Une décision pendente lite rendue postérieurement à l'échéance du délai de réponse est donc nulle et n'a valeur que de simple proposition au juge (ATF 130 V 138 consid. 4.2; 109 V 234 consid. 2 ; Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 3e éd., n° 78 ad art. 53). Lorsque cette reconsidération fait entièrement droit aux conclusions du recourant, elle rend le recours sans objet, ce qui entraîne la radiation de la cause du rôle. Lorsque la nouvelle décision ne fait pas entièrement droit aux conclusions du recourant, elle ne saurait revêtir la force matérielle d'une décision administrative. Elle ne met ainsi pas fin au litige et doit être considérée comme une simple proposition faite au juge par l'une des parties au procès (ATF 109 V 234 consid. 2; Pratique VSI 1994 p. 281 consid. 4a et les références citées), le tribunal devant alors poursuivre

- 7 - l'instruction et statuer sur le recours dans la mesure où il n'est pas devenu sans objet (cf. art. 83 al. 2 LPA-VD). b) En l'espèce, par acte du 9 mars 2018, l'intimée a fait savoir au

tribunal qu'elle avait décidé d'indemniser le recourant à hauteur du solde réclamé. Elle confirmait par ailleurs expressément se rallier à ses conclusions. Il convient ainsi de constater que le recourant obtient entièrement gain de cause. Le litige devient dès lors sans objet, une nouvelle décision devant être rendue, laquelle laissera subsister une voie de recours propre à la sauvegarde des droits de l'assuré. Il se justifie donc d'en prendre acte et de rayer la cause du rôle, compétence que l'art. 94 al. 1 let. c LPA-VD attribue à un membre de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal statuant en tant que juge unique. Partant, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre de plus amples mesures d'instruction.

E. 4

a) Le recourant, qui obtient entièrement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens qu'il convient, vu les circonstances tenant à l'issue de la procédure et la complexité de celle-ci, de fixer à 5'000 fr. à la charge de Philos (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). b) Selon l'art. 61 let. a LPGA, la procédure est en principe gratuite, à moins que l'une des parties n'ait agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté. En l'occurrence, on peut se demander si, au regard des circonstances et des pièces versées au dossier, la décision attaquée n'a pas été rendue de manière trop légère, ce qui justifierait de mettre des

- 8 - frais à la charge de Philos. On s'en abstiendra cependant, dès lors que cet assureur pouvait somme toute se fonder sur les conclusions d'un rapport d'expertise, pour critiquable qu'il fût. c) Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3), les frais qui découlent de la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2). Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-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 doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en oeuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (TF 8C_312/2016 déjà cité consid. 6.3 et la référence). Au regard de ce qui précède, il y a lieu de mettre à la charge de Philos, par 150 fr., les frais tenant à la mise en oeuvre de l'expertise judiciaire telle que résiliée en cours de mandat.

- 9 - Par ces motifs, le juge unique p r o n o n c e : I. Devenue sans objet, la cause est rayée du rôle. II. Il n'est pas perçu d'émolument de justice. III. Les frais relatifs au mandat de l'expertise judiciaire tel que résilié en cours de procédure, par 150 fr. (cent cinquante francs), sont mis à la charge de Philos Assurance Maladie SA. IV. Philos Assurance Maladie SA versera à G._____ une équitable indemnité à titre de dépens, arrêtée à 5'000

fr. (cinq mille francs). Le juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : -
Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (pour G. _____), - Philos Assurance Maladie SA, -
Office fédéral de la santé publique,

- 10 - 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.