

## **VD\_GERICHTE ZE17.039209 vom 6. November 2023**

VD Tribunal cantonal, 2023-11-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZE17.039209](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE17.039209)

FR: VD\_GERICHTE ZE17.039209 du 6 novembre 2023

IT: VD\_GERICHTE ZE17.039209 del 6 novembre 2023

### **Erwägungen**

#### **E. 17**

LPA par analogie), de sorte qu'il peut y être mis un terme même de manière rétroactive. En l'espèce, il doit être constaté que le remboursement des prestations litigieuses doit prendre fin au 31 décembre 2017. 5. a) L'intimée fait valoir que le Dr A.E. \_\_\_\_\_ aurait renoncé au paiement de ses factures. Elle soutient aussi ne pas devoir rembourser les factures dont on n'aurait pas la preuve qu'elles avaient été payées auprès du fournisseur de soins.

37 b) Le Dr A.E. \_\_\_\_\_ a indiqué dans un rapport du 30 septembre 2010 que la décision de l'intimée de suspendre tout remboursement des prestations chiropratiques (pour des motifs de coût, d'efficacité et d'inopportunité) en janvier 2010 n'avait rien changé à sa décision de poursuivre le traitement à la même fréquence. Il ajoutait qu'il avait retenu ses factures pour l'instant car abandonner cette patiente à ce stade aurait été simplement monstrueux. Dans un courrier du

#### **E. 22**

novembre 2013, il a rappelé que l'assureur avait interrompu début 2010 tout remboursement excepté douze séances par an et qu'il avait décidé de garder les factures assumant complètement les frais du traitement en cours. Il n'en résulte pas clairement la volonté du Dr A.E. \_\_\_\_\_ de renoncer à tous honoraires dès lors qu'il parle de suspension et d'interruption des remboursements. Il y a lieu d'en déduire que le médecin était d'accord d'assumer temporairement les frais de prise en charge tant que la décision de l'assureur était négative, mais on ne saurait y voir une renonciation définitive, et cela certainement pas si la prise en charge par l'assureur était finalement reconnue. Par conséquent, le moyen de l'intimée selon lequel le Dr A.E. \_\_\_\_\_ aurait renoncé définitivement à facturer ses prestations est mal fondé. c) L'art. 42 LAMaI règle les modalités de facturation et définit le débiteur de la prestation. Ainsi, sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). En dérogation à l'art. 22 al. 1 LPGa, ce droit peut être cédé au fournisseur de prestations (al. 1). Les assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Vu le système du tiers garant, c'est bien l'assurée qui doit payer les prestations du fournisseur de soins et est créancière de l'assureur pour le remboursement. S'il existe un risque que l'assuré perçoive de l'assureur le remboursement de factures qu'il ne paie finalement pas auprès du prestataire de soins, le risque de perte en matière de recouvrement fait toutefois partie du risque entrepreneurial du prestataire (Gebhard Eugster, Bundesgestez über die

38 Krankenversicherung [KVG], 2010, n° 2 ad art. 42 LAMal, p. 288 ; Kerstin Noëlle Vokinger/Martin Zobl, in : Blechta/Colatrella/Rüedi/Staffelbach [édit.], Krankenversicherungsgesetz/Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, Basler Kommentar, 2020, n° 9 ad art. 42 LAMal ; ATF 117 IV 256 : lorsque l'assuré dispose de la somme remboursée pour ses propres besoins et sans honorer les prestations remboursées, il ne commet pas d'abus de confiance). Il s'ensuit que l'intimée ne s'expose pas à payer deux fois puisque c'est bien la recourante qui est créancière du remboursement et que le fournisseur de soins ne peut pas rechercher l'assureur en paiement. En conséquence, il importe peu à ce stade de savoir si les factures litigieuses ont été payées ou pas par la recourante. Il faut en revanche que l'assurée soumette des factures en vue de leur remboursement ; des décomptes ne suffisent pas. Aux termes de l'art. 42 al. 3 LAMaI, le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Les fournisseurs de prestations doivent faire figurer dans la facture au sens de l'al. 3 les diagnostics et les procédures sous forme codée, conformément aux classifications contenues dans l'édition suisse correspondante publiée par le département compétent (art. 42 al. 3bis LAMaI). Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (art. 43 LAMaI). L'art. 59 OAMal précise encore les indications que doivent contenir les factures. L'assuré et l'assureur doivent ainsi être en mesure de vérifier le montant des prestations facturées ainsi que leur caractère économique. En conséquence, seules les factures dûment établies pourront être prises en compte.

39 6. La recourante a pris une conclusion en paiement chiffrée. En l'état actuel du dossier il n'est toutefois pas possible de se prononcer de manière chiffrée sur ses prétentions. On rappelle que seule la créance éventuelle de la recourante 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 ne sont pas périmées. Ces factures ne peuvent toutefois pas être admises en entier puisqu'elles portent sur plus que 36 séances par an. Il faut en outre tenir compte des factures déjà remboursées par l'intimée pour des séances auprès du Dr A.E.\_\_\_\_\_ et auprès d'autres chiropraticiens entre 2010 et 2017. Il résulte des pièces au dossier que le nombre suivant de séances de chiropraxie ont d'ores et déjà été remboursées: Pour l'année 2012 : 1) Les factures du Dr A.V.\_\_\_\_\_ pour les traitements du 30 juillet au 6 août 2012 pour un montant de 224 fr. 40, soit 3 séances. 2) Les factures du Dr S.\_\_\_\_\_ pour les traitements suivants : - du 4 août 2012 d'un montant de 136 fr. 40, soit 1 séance, - du 31 décembre 2012 d'un montant de 125 fr. 40, soit 1 séance. Il y a donc eu une prise en charge de 5 séances pour 2012, de sorte que 31 séances peuvent encore être remboursées. Pour l'année 2013 : 1) Les factures du Dr A.V.\_\_\_\_\_ pour les traitements suivants : - du 13 juillet au 23 août 2013 d'un montant de 418 fr., soit 5 séances, - du 16 décembre 2012 au 23 décembre 2013 d'un montant de 145 fr. 20, soit 2 séances. 2) La facture du Dr RL.\_\_\_\_\_ pour le traitement du 4 août 2013 d'un montant de 112 fr. 20, soit 1 séance. 3) La facture du Dr S.\_\_\_\_\_ pour le traitement du 12 août 2013 d'un montant de 134 fr. 20, soit 1 séance.

40 4) La facture du Dr TN.\_\_\_\_\_ pour le traitement du 24 novembre 2013 d'un montant de 118 fr. 80, soit 1 séance. 5) La facture de la Dre VS.\_\_\_\_\_ pour le traitement du 25 décembre 2013 d'un montant de 140 fr. 80, soit 1 séance. 6) Les factures de la Dre R.\_\_\_\_\_ pour les traitements des 28 et 29 décembre 2013 d'un montant de 151 fr. 80,

soit 2 séances. Il y a donc eu une prise en charge de 13 séances pour 2013, de sorte que

### **E. 23**

séances peuvent encore être remboursées. Pour l'année 2015 : 1) Les factures du Dr A.V. \_\_\_\_\_ pour les traitements suivants : - du 9 janvier 2015 pour un montant de 90 fr. 20, soit 1 séance, - du 13 juillet au 3 août 2015 pour un montant de 398 fr. 20, soit 5 séances. 2) La facture de la Dre B.V. \_\_\_\_\_ pour le traitement du 20 juillet 2015 pour un montant de 72 fr. 60, soit 1 séance.

41 3) La facture du Dr TN. \_\_\_\_\_ pour le traitement du 4 janvier 2015 d'un montant de 118 fr. 80, soit 1 séance. Il y a donc eu une prise en charge de 8 séances pour 2015, de sorte que

### **E. 28**

séances peuvent encore être remboursées. Pour l'année 2016 : 1) Les factures du Dr S. \_\_\_\_\_ pour les traitements suivants : - du 1er janvier 2016 pour un montant de 127 fr. 60, soit 1 séance, - du 31 décembre 2016 pour un montant de 144 fr. 90, soit 1 séance. 2) La facture du Dr TN. \_\_\_\_\_ pour le traitement du 5 mars 2016 d'un montant de 118 fr. 80, soit 1 séance. 3) Les factures du Dr A.E. \_\_\_\_\_ pour les traitements suivants : - du 10 juin 2016 au 5 juillet 2016 pour un montant de 202 fr. 40, soit 2 séances, - du 26 au 29 juillet 2016 d'un montant de 198 fr., soit 2 séances, - du 11 au 18 novembre 2016 pour un montant de 338 fr. 10, soit 3 séances. 4) Les factures du Dr A.V. \_\_\_\_\_ pour les traitements suivants : - du 2 au 29 août 2016 pour un montant de 347 fr. 30, soit 4 séances, - du 14 au 24 octobre 2016 pour un montant de 253 fr., soit 3 séances, - du 6 juin au 7 juillet 2016 pour un montant de 367 fr. 40, soit 5 séances, - du 27 au 30 décembre 2016 pour un montant de 213 fr. 90, soit 2 séances. 5) La facture de la Dre R. \_\_\_\_\_ pour le traitement du 31 juillet 2016 d'un montant de 131 fr. 10, soit 1 séance. 6) La facture de la Dre VS. \_\_\_\_\_ pour le traitement du 13 novembre 2016 d'un montant de 151 fr. 80, soit 1 séance. Il y a donc eu une prise en charge de 26 séances pour 2016, de sorte que 10 séances peuvent encore être remboursées.

42 Pour l'année 2017 : 1) Les factures du Dr A.V. \_\_\_\_\_ pour les traitements suivants : - du 3 au 6 janvier 2017 pour un montant de 158 fr. 40, soit 2 séances, - du 9 au 27 mars 2017 pour un montant de 196 fr. 80, soit 2 séances, - du 13 avril 2017 pour un montant de 105 fr. 60, soit 1 séance, - du 26 mai 2017 pour un montant de 105 fr. 60, soit 1 séance. Il y a donc eu une prise en charge de 6 séances pour 2017, de sorte que

### **E. 30**

séances peuvent encore être remboursées. On ignore en revanche quelles sont les factures qui ont d'ores et déjà été remboursées en 2010 et 2011 et ainsi le nombre de séances qui ont déjà été remboursées à la recourante. La Cour de céans n'est donc pas en mesure de chiffrer les montants qui sont dus à la recourante. Il appartiendra à l'intimée d'établir un décompte et de déterminer la somme à verser selon les indications suivantes. 1) La facture du 27 février 2014 du Dr A.E. \_\_\_\_\_ porte sur des prestations délivrées entre le 8 février 2010 et le 25 février 2014. Il s'agit donc d'analyser la situation de manière annuelle, à savoir : - Pour 2010 et 2011, il y a lieu de relever le nombre de séances de chiropraxie déjà prises en charge par an et de rembourser celles du Dr A.E. \_\_\_\_\_ jusqu'à concurrence de 36 séances par an en tenant compte de celles déjà acquittées. Pour 2010, la décision ayant été rendue le 27 août 2010, si le nombre de séances rendues antérieurement atteignait déjà 36

séances, la recourante n'aura droit à aucun remboursement supplémentaire ; si la recourante a obtenu le remboursement de plus de 36 séances avant le 27 août 2010, ces remboursements lui seront acquis puisque la limite n'a pas d'effet rétroactif mais elle ne pourra plus obtenir de prise en charge supplémentaire. Pour 2011, si par exemple l'assureur a déjà payé 36 séances, aucune séance supplémentaire ne sera acquittée pour cette année. Autre exemple : si 20 séances ont déjà été remboursées

43 en 2011, seules 16 séances du Dr A.E. \_\_\_\_\_ pourront être remboursées. On procédera alors par ordre d'ancienneté des prestations pour déterminer quelles séances du Dr A.E. \_\_\_\_\_ devront être remboursées ; ainsi, dans l'exemple précité, les 16 premières séances de 2011 devraient être acquittées. - Pour 2012, il existe la possibilité de rembourser encore

### **E. 31**

janvier 2017 : il existe la possibilité de rembourser encore 30 séances comme on l'a vu plus haut, de sorte que les 7 séances entre le 10 janvier 2017 et le 31 janvier 2017 pourront être remboursées. Il reste 23 séances en crédit. 8) La facture du 8 mars 2017 du Dr A.E. \_\_\_\_\_ portant sur la période du 3 février au 7 mars 2017 : il existe la possibilité de rembourser encore 23 séances comme on l'a vu plus haut, de sorte que les 9 séances de cette facture pourront être remboursées et il reste un quota de 14 séances. 9) La facture du 23 mars 2017 du Dr A.E. \_\_\_\_\_ portant sur la période du 3 au 24 mars 2017 : il existe la possibilité de rembourser encore 14 séances comme on l'a vu plus haut, de sorte que les 6 séances de cette facture pourront être remboursées et il reste un crédit de 8 séances. 10) La facture du 5 mai 2017 du Dr A.E. \_\_\_\_\_ portant sur la période du 28 mars au 5 mai 2017 : il existe la possibilité de rembourser encore 8 séances comme on l'a vu plus haut, de sorte que les séances du 28 mars au 28 avril 2017 peuvent être remboursées, le solde dépassant la limite admise.

45 11) Les factures du 16 juin 2017 du Dr A.E. \_\_\_\_\_ portant sur les traitements du 9 mai au 13 juin 2017, du 10 juillet 2017 sur la période du 16 juin au 10 juillet 2017, du 4 août 2017 sur la période du 14 au 21 juillet 2017, du 20 septembre 2017 sur la période du 14 août au 19 septembre 2017 et celle du 18 octobre 2017 sur la période du 1<sup>er</sup> septembre au 16 octobre 2017 ne peuvent pas être remboursées car elles sont au-delà du quota octroyé. Le recours devra donc être admis partiellement et la décision réformée en ce sens que la recourante a droit au remboursement de ses traitements de chiropraxie à concurrence de 36 séances par an depuis le 27 août 2010 jusqu'au 31 décembre 2017. La cause sera renvoyée à l'intimée pour calcul des prétentions dans le sens qui précède. 7. Le dossier est complet. Il permet ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir l'audition de témoins en les personnes du Dr A.E. \_\_\_\_\_ et du Dr F. \_\_\_\_\_. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents sur le plan médical ayant pu être constatés à satisfaction de droit dans le cadre de l'expertise judiciaire mise en œuvre et ayant pu être librement appréciés par la présente juridiction (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; ATF 141 I 60 consid. 3.3). 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.

46 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, 3e 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

47 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

48 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. 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).

49 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

50 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

51 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

52 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. 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

53 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

54 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.