

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 janvier 2020

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Dessaux et Berberat, juges
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

ASSURANCE U._____, à [...], intimée.

Art. 37 al. 4 et 53 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. **a)** V. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1976, a travaillé en tant qu'employée de commerce pour la société [...] SA. A ce titre, elle était assurée obligatoirement auprès de l'Assurance U. _____ (ci-après : l'intimée) contre le risque d'accidents.

b) Le 24 janvier 2015, V. _____ a été victime d'une chute à ski.

 Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'Assurance U. _____ a mandaté la Clinique S. _____ à [...] afin qu'elle réalise une expertise médicale pluridisciplinaire en lien avec l'accident du 24 janvier 2015.

 Selon le rapport du 7 juillet 2016 de la Clinique S. _____, aucune incapacité de travail n'avait fait suite à l'accident du 24 janvier 2015 et les lésions subies par l'assurée étaient guéries le 12 juin 2015 au plus tard.

 Par décision du 18 août 2016, l'Assurance U. _____ a, sous réserve des indemnités journalières versées jusqu'au 31 juillet 2016, mis un terme avec effet au 30 juin 2016 à l'octroi des prestations allouées à l'assurée.

c) Dans un courriel du 26 février 2018, V. _____ a demandé à l'Assurance U. _____ de lui envoyer une copie de l'expertise réalisée par la Clinique S. _____.

 L'Assurance U. _____ lui a répondu le 28 février 2018, en mentionnant qu'elle était disposée à réévaluer son dossier en cas de besoin et que le document serait envoyé prochainement.

Par courriel du 28 février 2018, l'assurée a indiqué qu'elle serait contente si l'Assurance U. _____ réévaluait son dossier.

d) Dans un courrier du 21 septembre 2018, V. _____, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, a demandé la révision procédurale de la décision du 18 août 2016, au motif que ladite décision se fondait sur les conclusions d'une expertise réalisée par la Clinique S. _____. Cette clinique avait fait l'objet d'un arrêt du Tribunal fédéral en décembre 2017, qui avait relevé les manquements commis au sein de l'institution et émis de sérieux doutes quant à la manière dont les expertises y étaient effectuées, notamment en lien avec la modification illicite des rapports. L'expertise du 7 juillet 2016 ne pouvait dès lors servir de fondement à l'examen du droit aux prestations et le motif de révision était justifié. L'assurée a également sollicité l'octroi de l'assistance juridique gratuite.

Aux termes d'un courrier du 24 octobre 2018, l'Assurance U. _____ a refusé d'entrer en matière sur la requête de révision ou de reconsidération, les conditions n'en étant pas remplies.

Par arrêt du 13 décembre 2018 (cause AA 171/18 - 150/2018), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours formé par l'assurée le 16 novembre 2018 contre l'Assurance U. _____ pour déni de justice et renvoyé la cause à cette dernière, afin qu'elle rende une décision formelle sur les requêtes de révision et d'assistance juridique gratuite du 21 septembre 2018.

L'Assurance U. _____ a, par décision du 25 mars 2019, rejeté les requêtes de révision et d'assistance juridique gratuite formées le 21 septembre 2018. Elle a relevé que les médecins ayant réalisé l'expertise du 7 juillet 2016 étaient au bénéfice d'une autorisation de travail pour une activité de médecin spécialiste octroyée par l'autorité compétente et avaient confirmé leurs conclusions dans un courriel du 12 juillet 2018. S'agissant de l'assistance juridique gratuite, l'assurée n'était pas considérée dans le besoin dans la mesure où il lui restait un excédent

mensuel permettant de régler les frais de procédure dans un délai raisonnable.

L'assurée s'est opposée à cette décision le 10 mai 2019, invoquant que la possession d'une autorisation de travail n'était pas un argument pertinent au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux manquements commis au sein de la Clinique S._____. L'expertise du 7 juillet 2016 comportait par ailleurs une multitude d'erreurs et se basait sur des examens cliniques incomplets. Pour le reste, l'assurée a réitéré les calculs pour démontrer son indigence.

Par décision sur opposition du 25 septembre 2019, l'Assurance U._____ a confirmé sa décision du 25 mars 2019. Elle a relevé que le délai de 90 jours pour déposer une requête de révision n'avait pas été respecté. Les révélations dans la presse des manquements commis, respectivement la publication dans la Feuille d'avis officielle de la [...] de février 2018 du retrait de l'autorisation d'exploiter une institution de santé pour une durée de trois mois, ainsi que le communiqué de presse de mars 2018 y relatif, avaient déclenché l'écoulement du délai. La requête de révision devait donc être introduite le 30 juin 2018 au plus tard, ce que l'assurée n'avait pas fait. L'Assurance U._____ rappelait par surabondance les arguments invoqués dans la décision du 25 mars 2019 et ajoutait que les médecins ayant réalisé l'expertise n'avaient pas fait l'objet d'un retrait de l'autorisation d'exploiter. De plus, on ne pouvait pas reprocher en juillet 2016, date de la réalisation de l'expertise, une modification illicite du contenu des rapports dès lors que l'autorisation d'exploiter une institution avait été retirée à la Clinique S._____ par arrêté du 25 juin 2015. Les éventuelles modifications illicites avaient au plus tard pris fin dès l'été 2015. L'Assurance U._____ confirmait également la valeur probante de l'expertise sur le fond. Concernant la requête d'assistance juridique gratuite, elle devait être rejetée dans la mesure où la demande de révision était manifestement tardive et dès lors dénuée de chances de succès. L'indigence n'était en outre pas démontrée.

B. Par acte du 25 octobre 2019, V._____ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'admission de la requête de révision du 21 septembre 2018 et à la reprise de l'instruction par l'Assurance U._____. Elle a également requis l'octroi de l'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative menée devant l'Assurance U._____, ainsi que pour la procédure de recours. En substance, l'assurée a réitéré les arguments avancés dans la procédure d'opposition. Elle a ajouté que le délai de 90 jours pour déposer la requête de révision était respecté dès lors qu'elle n'était pas au courant de la jurisprudence du Tribunal fédéral, ni des articles de presse relatifs à la situation de la Clinique S._____. Les faits n'étaient du reste pas notoires. Il appartenait par ailleurs à l'assureur social d'initier d'office une procédure en révision lorsqu'il avait connaissance de faits ou de moyens de preuve nouveaux. Concernant la demande d'assistance juridique gratuite, elle devait être admise vu la complexité de l'affaire et les troubles dont l'assurée souffrait. La cause n'était de plus pas vouée à l'échec et l'indigence était établie.

A la demande du Juge instructeur, l'Assurance U._____ a produit le dossier de l'assurée le 8 novembre 2019.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les

autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la question de savoir s'il y a motif à révision procédurale d'une décision entrée en force de suppression de prestations, ainsi que sur le droit de la recourante à l'assistance gratuite d'un conseil juridique dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales.

3. a) Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA).

b) La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (TF 8C_120/2017 du 20 avril 2017 consid. 2). Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 134 III 669 consid. 2.2). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que

les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 353 consid. 5b).

c) En vertu du renvoi de l'art. 55 LPGA, sont déterminants les délais applicables à la révision de décisions rendues sur recours par une autorité soumise à la PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021 ; ATF 143 V 105 consid. 2.1 et les références). Conformément à l'art. 67 al. 1 PA, la demande de révision doit être adressée par écrit à l'autorité de recours dans les 90 jours qui suivent la découverte du motif de révision, mais au plus tard dix ans après la notification de la décision sur recours.

4. **a)** En l'espèce, on constate dans un premier temps que le délai de 90 jours a été respecté au vu de l'échange de courriels intervenu entre les parties au mois de février 2018. La recourante a en effet écrit à l'intimée le 28 février 2018 qu'elle serait contente si son dossier était réévalué. Compte tenu du fait que l'intimée avait annoncé, dans son courriel du 28 février 2018, être disposée à réévaluer les dossiers en cas de besoin, le courriel de la recourante devait être interprété comme une demande de révision procédurale. La presse romande ayant fait état de la sanction en février 2018, la requête est intervenue dans les délais et il convient d'examiner le motif de révision invoqué.

b) La recourante se prévaut du fait que l'intimée s'est fondée sur les conclusions de l'expertise du 7 juillet 2016 de la Clinique S. _____ pour mettre fin aux prestations, alors que cette expertise ne peut pas être considérée comme probante au vu de la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral à propos de la valeur probante des expertises réalisées par cette clinique.

aa) Le Tribunal fédéral a retenu qu'il n'était pas contraire au droit de retirer l'autorisation d'exploiter son « département expertise » à la Clinique S. _____ pour une durée de trois mois, dans la mesure où de

très graves manquements avaient été constatés dans la gestion de cette institution de santé, en particulier de graves violation des devoirs professionnels incombant à une personne responsable de l'établissement en question (modification illicite du contenu des rapports ; TF 9C_82/2019 du 8 août 2019 consid. 4 ; 2C_32/2017 du 22 décembre 2017 consid. 6 et 7). Il a en outre considéré que ces graves manquements portaient atteinte à la confiance que les personnes assurées et les organes des assurances sociales étaient en droit d'accorder à cette institution de sorte qu'il n'était pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise établie dans de telles circonstances (TF 8F_8/2018 du 7 janvier 2019 consid. 2.3.2). Le Tribunal fédéral a précisé que cette conclusion s'imposait indépendamment de savoir si, dans un cas particulier, le responsable médical à l'origine des manquements constatés était concrètement intervenu dans la rédaction du rapport de l'expert ou non (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2 ; TF 2C_32/2017 précité consid. 7.3 et 8F_8/2018 précité consid. 2.3).

bb) En l'occurrence, l'expertise du 7 juillet 2016, sur laquelle s'est essentiellement appuyée l'intimée pour nier le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents à partir du 30 juin 2016, respectivement du 31 juillet 2016 pour les indemnités journalières, a été réalisée à une époque où l'arrêté du 25 juin 2015 retirant à la Clinique S._____ l'autorisation d'exploiter une institution de santé pour une durée de trois mois n'était pas encore entré en force. Ce retrait a été confirmé par le Tribunal fédéral en ce qui concerne les départements « psychiatrie » et « expertise » de cet établissement par l'arrêt précité du 22 décembre 2017 et n'a été effectif que du 1^{er} mars au 1^{er} juin 2018. Tant qu'il n'était pas définitif, rien ne permettait de retenir que les agissements critiqués avaient cessé. On ne saurait dès lors suivre le raisonnement de l'intimée considérant que les éventuelles modifications illicites d'expertises avaient au plus tard pris fin dès l'été 2015. Les exigences liées à la qualité de l'exécution d'un mandat d'expertise médicale en droit des assurances sociales ne pouvaient dès lors être considérées comme suffisamment garanties au sein du « département expertise » de la Clinique S._____ au moment où le rapport du 7 juillet

2016 a été rendu. Par ailleurs, la possession d'une autorisation de travail des médecins ayant rédigé le rapport et la confirmation de leurs conclusions ne suffisent pas à accorder une valeur probante à l'expertise précitée. En effet, les manquements constatés au sein du « département expertise » par le Tribunal fédéral dans la procédure relative au retrait de l'autorisation de la Clinique S. _____ soulèvent de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises ont été effectuées au sein de cet établissement (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2 ; TF 2C_32/2017 précité consid. 7.1) et portent atteinte à la confiance que les personnes assurées et les assureurs sociaux étaient en droit d'accorder à l'institution chargée de l'expertise. Le Tribunal fédéral a retenu qu'il n'était pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise établie dans les circonstances précitées, indépendamment de savoir si, dans un cas particulier, le responsable médical à l'origine des manquements constatés était concrètement intervenu dans la rédaction du rapport de l'expert ou non (consid. 4b/aa *supra*). Par conséquent, l'expertise du 7 juillet 2016 aurait dû être écartée du dossier, puisqu'elle ne pouvait servir de fondement à la décision rendue par l'intimée.

cc) Cela étant précisé, on relève que les faits en cause sont de nature à modifier l'état de fait à la base de la décision du 18 août 2016. S'ils avaient été connus, ces faits auraient en effet conduit l'intimée à nier que l'expertise du 7 juillet 2016 pût servir de fondement pour la suppression du droit à prestations.

dd) Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant les griefs de la recourante relatifs au contenu de l'expertise du 7 juillet 2016, dès lors que le seul fait que l'on ne puisse accorder pleine confiance au rapport, compte tenu des circonstances dans lesquelles il a été rendu, suffit à admettre la réalisation des conditions d'une révision procédurale.

c) Partant, la demande de révision procédurale doit être admise et la décision rendue le 18 août 2016 par l'intimée annulée. Cette

dernière est invitée à rendre une nouvelle décision, en complétant le cas échéant l'instruction.

5. a) D'après l'art. 37 al. 4 LPGA, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent.

b) Dans la procédure en matière d'assurances sociales, l'assistance d'un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à lui parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entrent pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1). Il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité à s'orienter dans une procédure (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les références ; TF 9C_674/2011 du 3 août 2012 consid. 3.2). Dès lors, le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'associations, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes ou de personnes de confiance œuvrant au sein d'institutions sociales permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire ni indiquée (TF 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 1.3).

6. Dans le cas d'espèce, la recourante avance notamment le caractère complexe de son dossier et les atteintes à la santé dont elle souffre pour justifier la nécessité de se faire assister d'un avocat. Cette argumentation ne convainc toutefois pas. S'agissant d'une requête de révision, la cause ne revêtait pas un degré particulier de complexité, dès lors qu'il s'agissait, dans un premier temps à tout le moins, de rendre vraisemblable l'existence de faits ou moyens de preuve nouveaux depuis la décision rendue par l'intimée le 18 août 2016. La recourante ne met pas évidence de circonstances propres à la présente affaire qui justifiaient une assistance que seul un avocat était en mesure d'apporter. On ne saurait par conséquent parler, en l'état de la procédure, d'un état de fait et de

questions juridiques complexes auxquels la recourante ne pouvait pas faire face seule ou avec l'aide d'un assistant social ou d'une association chargée de la défense des intérêts des assurés. Il apparaît ainsi que l'assistance d'un avocat n'était objectivement pas indiquée au vu des circonstances concrètes du cas d'espèce. Fort de ces constats, il n'y a pas lieu d'examiner si les autres conditions cumulatives mises à l'octroi de l'assistance juridique gratuite sont données.

7. a) Aux termes de l'art. 82 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours apparaît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1). Dans ces cas, elle rend, à bref délai, une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (al. 2).

b) En l'espèce, vu l'issue du recours, manifestement fondé s'agissant de la révision procédurale eu égard à la jurisprudence relative aux expertises établies par la Clinique S._____, il peut être renoncé à un échange d'écritures.

8. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la demande de révision procédurale est admise, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue le 18 août 2016. L'intimée est invitée à rendre une nouvelle décision, en complétant le cas échéant l'instruction. Le recours est rejeté pour le surplus.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) La recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée. La question de l'octroi de l'assistance judiciaire est

laissée ouverte, dès lors que le montant alloué à titre de dépens couvre l'indemnité d'office à laquelle aurait pu prétendre le conseil de la recourante au titre de l'assistance judiciaire.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 25 septembre 2019 par l'Assurance U._____ est réformée en ce sens que la demande de révision procédurale est admise, la décision rendue le 18 août 2016 par l'Assurance U._____ est annulée et la cause est renvoyée à cette assurance pour nouvelle décision au sens des considérants.

- III. Le recours est rejeté pour le surplus.

- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- V. L'Assurance U._____ versera à V._____ une indemnité de dépens fixée à 2'000 fr. (deux mille francs).

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc (pour V._____),
- Assurance U._____,

- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :