

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 février 2019

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Berberat, juge, et M. Reinberg, assesseur  
Greffière : Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

**V.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 67 et 72 al. 2 LAMal**

**E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en [...], mère de quatre enfants nés en [...], travaillait en qualité d'employée agricole pour le compte de [...] dans le cadre d'un contrat de travail de durée déterminée couvrant la période du 24 octobre 2016 au 30 avril 2017. Par le biais d'un contrat collectif conclu par son employeur, elle bénéficiait d'une assurance perte de gain maladie auprès de V.\_\_\_\_\_, [...], (ci-après : V.\_\_\_\_\_ ou l'intimée), couverture d'assurance qu'elle a conservée à titre individuel à l'issue des rapports de travail.

L'assurée a présenté une incapacité de travail à 100% du 22 novembre au 31 décembre 2016, suivie d'une rechute, au même taux, dès le 24 janvier 2017. L'employeur a annoncé l'arrêt de travail à V.\_\_\_\_\_, qui a alloué des indemnités journalières.

Interpellée par V.\_\_\_\_\_, la Dresse J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du R.\_\_\_\_\_, s'est prononcée dans un rapport du 16 février 2017. Elle a retenu le diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F33.2), depuis le 4 octobre 2016, induisant une totale incapacité de travail depuis le 22 novembre 2016, excepté du 1<sup>er</sup> au 23 janvier 2017, période durant laquelle une reprise du travail avait été tentée, en vain, provoquant une péjoration de l'état de santé psychique. La Dresse J.\_\_\_\_\_ a également constaté que l'assurée souffrait de difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale (Z63), d'absence ou perte de plaisir sexuel (F52.0) et de vaginisme non-organique (F52.1), pathologies qu'elle a toutefois considérées comme restant sans effet sur la capacité de travail.

L'assurée a repris le travail à 50% du 1<sup>er</sup> au 17 mars 2017, à la suite de quoi elle a présenté une nouvelle incapacité de travail à 100%.

Le 14 avril 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), au motif qu'elle souffrait de dépression depuis avril 2016.

Par certificat du 31 mai 2017, la Dresse L.\_\_\_\_\_, médecin assistant au Département de psychiatrie T.\_\_\_\_\_, a indiqué que l'assurée avait été hospitalisée dans le service du 23 au 31 mai 2017.

Sur avis de son médecin-conseil, le Dr S.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ a mis en œuvre une expertise psychiatrique, qu'elle a confiée au Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie auprès de W.\_\_\_\_\_. Dans un rapport d'expertise du 26 octobre 2017 établi ensuite d'une consultation psychiatrique le 25 septembre 2017, le Dr P.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4). Il a attesté une capacité de travail entière au jour de l'expertise, sans baisse de rendement, dans un emploi équivalant au dernier poste occupé ainsi que dans toute activité correspondant aux qualifications de l'assurée. Au titre des antécédents psychiatriques, le Dr P.\_\_\_\_\_ a retenu un premier épisode dépressif en 2006, alors que l'assurée vivait encore [...], avec tentamen par phlébotomie et intoxication médicamenteuse volontaire, suivi d'une hospitalisation d'un mois, ainsi qu'un second épisode en avril 2016, en Suisse, avec une nouvelle tentative de suicide et une hospitalisation début 2017, ce dernier épisode ayant été de degré sévère. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a considéré que la situation de l'assurée s'était ensuite améliorée et que la symptomatologie résiduelle légère prévalant au moment de l'expertise n'entravait pas les capacités d'adaptation, de concentration et d'attention, ni le rythme de travail, dans un emploi similaire au dernier poste occupé, lequel faisait peu appel à des capacités cognitives élaborées et demandait peu de contacts interpersonnels. L'expert a estimé que la reprise de l'activité antérieure devait même être encouragée pour éviter un enkystement dans le déconditionnement installé depuis une année. Il a encore précisé qu'à certains moments, l'assurée avait une manière d'évoquer ses idées suicidaires résiduelles ou plus anciennes qui pouvait paraître inquiétante et faire douter de sa

capacité de reprendre le travail, mais qu' « *en même temps, l'expertisée déclar(ait) avoir envie de travailler et aimer travailler* » (cf. rapport d'expertise p. 10).

Dans un avis du 6 novembre 2017, le Dr S.\_\_\_\_\_ a répondu par l'affirmative à la question de savoir si une reprise de travail était prévue, en ajoutant les annotations manuscrites suivantes : « *100% dès le 25 septembre 2017 selon expertise W.\_\_\_\_\_* », « *100% dans métier similaire à celui qu'elle exerçait avant d'être licenciée* » et « *Est à nouveau hospitalisée en Y. Dès sa sortie clinique complément d'expertise W.\_\_\_\_\_* ».

Sur requête de V.\_\_\_\_\_, le Département de psychiatrie T.\_\_\_\_\_ a rendu un rapport le 12 décembre 2017, aux termes duquel l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, avec syndrome somatique existant depuis la fin des années 2000, se répercutant sur la capacité de travail. Il ressortait également dudit rapport que l'assurée avait séjourné dans le département du 16 octobre au 6 novembre 2017.

Dans un avis du 27 décembre 2017, le Dr S.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'une reprise du travail était prévue à 100% dès le 25 septembre 2017, jour de l'examen auprès de la W.\_\_\_\_\_.

Par décision du 9 janvier 2018, V.\_\_\_\_\_ a signifié à l'assurée qu'elle mettrait fin au versement des indemnités journalières au plus tard le 14 janvier 2018, la reprise du travail étant raisonnablement envisageable à partir du 15 janvier 2018.

L'assurée s'est opposée à cette décision le 16 janvier 2018 et a annoncé la production prochaine d'un nouveau rapport de son psychiatre traitant.

Dans un rapport du 30 janvier 2018 à V.\_\_\_\_\_, la Dresse J.\_\_\_\_\_ a maintenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode

actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), péjoré par un épuisement progressif devenu intense. Elle a estimé que l'état psychique et psychiatrique de sa patiente ne permettait pas la reprise d'une activité professionnelle. L'intéressée restait très fragile psychologiquement et avait été à nouveau hospitalisée en novembre 2017 pour mise à l'abri des idées suicidaires et passages à l'acte suicidaire. La Dresse J.\_\_\_\_\_ a précisé qu'une reprise du travail dans l'immédiat mettrait à mal le travail psycho-social entrepris jusqu'alors et ferait basculer l'assurée dans une décompensation psychique encore plus aigüe.

Dans un avis du 12 février 2018, le Dr S.\_\_\_\_\_ a préconisé un renvoi du dossier à l'expert psychiatre pour nouvel examen clinique.

V.\_\_\_\_\_ a mis en œuvre une seconde expertise psychiatrique, confiée à la Dresse U.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport du 24 avril 2018 faisant suite à un examen médical du 6 avril 2018, l'experte a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4), de vaginisme non organique (F52.5), de difficultés liées aux conditions économiques (Z59) et d'autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale (Z63), estimant cependant que ces troubles ne portaient pas atteinte à la capacité de travail, qui était entière dans l'activité habituelle et dans toute autre activité répétitive sans responsabilité, depuis le 25 septembre 2017, telle qu' « attestée par l'expert psychiatre ». La Dresse U.\_\_\_\_\_ a précisé que son examen n'avait pas objectivé de thymie dépressive - en dehors de quelques traits dépressifs présents lorsque l'assurée était confrontée à ses difficultés financières et familiales - ni d'angoisses, ni de fatigue ou d'augmentation de la fatigabilité, ni de troubles de la mémoire, de la concentration, de l'attention, de l'appétit ou du sommeil. La Dresse U.\_\_\_\_\_ a encore indiqué qu'elle n'avait objectivé ni épuisement progressif, ni crises d'angoisse, ni difficultés relationnelles et d'adaptation au rythme de travail, l'assurée ayant déclaré qu'elle aimait son travail et faisait des projets de reprise professionnelle dès que son état le lui permettrait. Bien que le trouble dépressif récurrent soit en rémission, l'expertisée continuait à présenter un important risque suicidaire, dans un conflit de loyauté avec son mari et sa famille,

n'arrivant plus à aider son mari financièrement. La Dresse U.\_\_\_\_\_ estimait à cet égard que l'assurée avait tendance « à régler ses problèmes ou plutôt son impuissance par des tentatives de suicide, d'où l'importance du risque ». Au plan somatique, la Dresse U.\_\_\_\_\_ a mentionné que l'assurée avait émis des plaintes concernant son poignet gauche, opéré à plusieurs reprises au [...] à la suite d'une tendinite. Elle a observé que l'assurée s'était présentée avec une attelle au poignet gauche, sans pouvoir donner d'explication, hormis le fait qu'une consultation chez un spécialiste était prochainement prévue. Estimant que ces plaintes étaient amplifiées, la Dresse U.\_\_\_\_\_ a indiqué ne pas avoir objectivé de symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. L'évaluation des douleurs n'avait pas non plus été possible en l'absence d'un examen rhumatologique.

Dans un avis du 1<sup>er</sup> mai 2018, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin conseil de V.\_\_\_\_\_, a estimé que la Dresse U.\_\_\_\_\_ avait bien détaillé l'état clinique et le déroulement des journées, témoignant de l'absence de limitations fonctionnelles et que dès lors, la décision du 9 janvier 2018 pouvait être maintenue.

Le 25 mai 2018, la Dresse F.\_\_\_\_\_, médecin assistant au Département de psychiatrie B.\_\_\_\_\_, a attesté que l'assurée avait été hospitalisée dans le service du 16 au 26 mai 2018.

Par décision sur opposition du 15 juin 2018, V.\_\_\_\_\_ a confirmé sa décision du 9 janvier 2018, dans le sens de la fin du versement des prestations au 14 janvier 2018. L'assureur a notamment estimé que l'hospitalisation de l'assurée du 16 au 26 mai 2018 n'était pas déterminante pour l'issue de la procédure, dès lors qu'elle était intervenue plusieurs mois après la période litigieuse et qu'elle ne permettait pas de remettre en doute la pleine capacité de travail constatée par les deux experts le jour de leur examen respectif.

**B.** Par acte du 26 juin 2018, X.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée, dont elle demande implicitement l'annulation, en ce sens que les indemnités journalières perte de gain maladie continuent d'être versées au-delà du 14 janvier 2018. Elle a produit un rapport de son nouveau psychiatre traitant, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au R.\_\_\_\_\_, dans lequel ce médecin retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Au titre des symptômes, le Dr H.\_\_\_\_\_ a mentionné des troubles du sommeil (insomnies, réveils nocturnes et cauchemars), une thymie abaissée, une perte de plaisir généralisée, une tendance à l'isolement, un manque de libido, un sentiment de ne pas être comprise par les membres de sa famille, des idées noires, une perte de mémoire, une fatigue physique et psychologique, des maux de tête, des angoisses, des tremblements, des pleurs fréquents, des idées d'autodépréciation, une diminution de l'estime de soi et des idées suicidaires fluctuantes avec parfois des passages à l'acte (scarifications). Il estimait que l'état de santé psychique de sa patiente n'avait pas connu d'amélioration et que le pronostic était réservé.

Dans une réponse du 13 septembre 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise.

### **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-maladie (art. 1 et 1a 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 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 ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Est litigieux en l'espèce le droit de la recourante à des indemnités perte de gain en cas de maladie pour la période courant au-delà du 14 janvier 2018. A cet égard, il conviendra de déterminer si l'assurée présente toujours dès cette date une diminution de sa capacité de travail suffisante pour maintenir le droit aux prestations.

**3.** Aux termes de l'art. 67 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance indemnités journalières avec un assureur (al. 1). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective (al. 3, première phrase).

Selon l'art. 72 al. 2 LAMal, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié. Est constitutive d'une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**4.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable

sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

La valeur probante d'une expertise peut être remise en cause lorsqu'il existe des éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui ont été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. (TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées ; cf. également TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée).

**5.** Dans le cas d'espèce, se fondant sur les rapports d'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_, expert auprès de W.\_\_\_\_\_, et de la Dresse U.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ a mis fin au versement des indemnités journalières perte de gain au 14 janvier 2018, estimant qu'une reprise du travail était raisonnablement exigible de l'assurée dès le 15 janvier 2018 au plus tard. Force est toutefois de constater que les appréciations des deux experts précités ne suffisent pas à fonder la décision litigieuse.

**a)** Le Tribunal fédéral a estimé qu'il n'était pas possible d'accorder pleine confiance à une expertise rendue par un expert psychiatre oeuvrant au sein de W.\_\_\_\_\_. Compte tenu de graves

manquements au devoir professionnel constatés dans la gestion de ladite clinique, notamment de la part d'un médecin responsable du département d'expertises, les exigences liées à la qualité de l'exécution d'un mandat d'expertise médicale en droit des assurances sociales ne pouvaient être suffisamment garanties, de sorte que les expertises réalisées au sein de W.\_\_\_\_\_ ne pouvaient servir de fondement à l'examen d'un droit à des prestations. La Haute Cour 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 psychiatre ou non (cf. ATF 144 V 258 consid. 2.3.2, TF 2C\_32/2017 du 22 décembre 2017 consid. 7.3). Cela étant, les conclusions de l'expert P.\_\_\_\_\_ ne peuvent pas être prises en considération dans le cadre de l'examen du droit de l'assurée à la poursuite du versement des indemnités journalières par V.\_\_\_\_\_.

**b)** Le rapport d'expertise de la Dresse U.\_\_\_\_\_, au demeurant très succinct et peu motivé s'agissant de l'examen clinique, ne suffit pas non plus à fonder la décision entreprise, principalement du fait que l'experte s'est prononcée sur un dossier incomplet. En effet, comme elle le relève dans son rapport, le dossier qui lui a été remis par l'intimée ne comprenait que la première page du rapport établi le 12 décembre 2017 par le Département de psychiatrie T.\_\_\_\_\_, en réponse au questionnaire de V.\_\_\_\_\_ (« *Document incomplet, deuxième page manquante* », cf. rapport d'expertise p. 3). Faisaient ainsi défaut les réponses des psychiatres du T.\_\_\_\_\_ aux questions 4.1 à 6.3, ayant trait à l'anamnèse, aux plaintes subjectives de la patiente, au constat clinique, aux limitations objectives rencontrées dans le cadre de l'activité habituelle, à l'évaluation de la capacité de travail et au pronostic. Ces éléments étaient pourtant essentiels à l'évaluation de la situation de l'assurée, *a fortiori* dès lors que, d'une part, les psychiatres du T.\_\_\_\_\_ ont estimé que le trouble dépressif récurrent n'était pas en rémission, mais toujours présent, et de gravité moyenne, avec symptômes somatiques, et, d'autre part, que l'assurée venait d'y être hospitalisée, du 16 octobre au 6 novembre 2017, ensuite d'une précédente hospitalisation,

du 23 au 31 mai 2017. Un rapport aurait d'ailleurs également dû être requis de T. \_\_\_\_\_ concernant cette première hospitalisation, afin d'être soumis à l'appréciation de la Dresse U. \_\_\_\_\_.

Il ne ressort pas des pièces au dossier que la Dresse U. \_\_\_\_\_ s'est procurée les documents manquants. Son appréciation, fondée sur un dossier lacunaire, ne saurait dès lors se voir reconnaître une valeur probante suffisante pour justifier la fin du versement des indemnités signifiée par l'intimée.

**c)** Le constat selon lequel la décision contestée a été prise sur la base d'un dossier incomplet s'impose avec d'autant plus d'évidence que l'assurée a subi une nouvelle hospitalisation au T. \_\_\_\_\_, du 16 au 26 mai 2018. Le dossier ne contient à cet égard qu'un bref certificat de la Dresse F. \_\_\_\_\_, qui ne fait qu'indiquer la période d'hospitalisation. Aucun rapport médical de sortie n'a été requis du T. \_\_\_\_\_, renseignant notamment sur les motifs ayant conduit à cette hospitalisation, les diagnostics retenus et leur incidence sur la capacité de travail. C'est à tort que l'intimée soutient que cette hospitalisation n'était pas déterminante pour l'issue de la procédure, au motif qu'elle serait intervenue « *plusieurs mois après la période litigieuse* ». Sont déterminants tous les faits qui se sont produits jusqu'à la clôture de la procédure administrative, soit, dans les procédures connaissant la voie de l'opposition, jusqu'au moment où la décision sur opposition a été rendue. Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2). Cela étant, l'hospitalisation du 16 au 26 mai 2018, intervenue avant la décision sur opposition du 15 juin 2018, fait partie de la période litigieuse ; l'intimée ne pouvait pas en faire abstraction au moment de rendre la décision entreprise. Considérant qu'il s'agissait-là d'une troisième hospitalisation en division psychiatrique en l'espace d'un an, d'une assurée connue pour des idées suicidaires scénarisées et plusieurs tentatives de suicide, et dont les deux experts s'entendent pour dire que

le risque suicidaire persiste, il était d'autant plus indispensable d'instruire sur ce dernier épisode également.

**d)** Au vu de ce qui précède, il sied de constater qu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des appréciations psychiatriques faites par les DrsP. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_. Dans une telle situation, l'intimée ne pouvait faire l'économie d'une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise, avant de rendre sa décision mettant fin au versement des indemnités journalières. Compte tenu en outre de la présence d'un tableau douloureux sous-jacent au niveau du poignet gauche - dont la recourante s'est plainte lors de l'examen par la Dresse U. \_\_\_\_\_ - il se justifie de renvoyer le dossier à l'intimée, à qui il appartient au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'elle mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, les experts désignés gardant la faculté d'y associer toute autre spécialité médicale jugée opportune.

Il appartiendra aux experts d'examiner l'éventuel caractère incapacitant du tableau clinique présenté par la recourante au regard notamment des indicateurs définis par la jurisprudence en matière de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281), applicables également aux troubles psychiques (ATF 143 V 409 et 143 V 418). Il incombera ensuite à l'intimée de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante, étant rappelé que lorsque l'administration rend une nouvelle décision après que la cause lui a été renvoyée pour instruction complémentaire, la limite temporelle de son examen ne s'étend pas seulement à la période courant jusqu'à la date de la décision initiale, mais également à la période postérieure à celle-ci jusqu'à la date de la nouvelle décision (TF 9C\_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 5.2).

**6. a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision sur opposition rendue le 15 juin 2018 par V.\_\_\_\_\_ est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

**III.** Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- X.\_\_\_\_\_,
- V.\_\_\_\_\_,
- 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 :