

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 juin 2016

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
MM. Monod et Pittet, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Laure Chappaz, avocate à Aigle,

et

**T.**\_\_\_\_\_, à Martigny, intimée.

---

**Art. 29 al. 2 Cst. ; 6, 21 al. 4, 44 et 61 let. c LPGA ; 72 al. 2 LAMal**

**E n f a i t :**

**A.** H. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], indépendant, est affilié par l'intermédiaire de la fédération vaudoise des entrepreneurs, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 auprès de T. \_\_\_\_\_ (ci-après : la caisse ou l'intimée). À ce titre il est assuré contre la perte de gain due à la maladie et l'accident selon la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10), à raison de 80 % du salaire assuré, dans le cas d'espèce 36'600 fr., dès le 31<sup>ème</sup> jour d'incapacité de travail.

Par le biais de certificats médicaux successifs, le Dr Y. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a attesté d'une incapacité totale de travailler en raison d'une maladie, entre le 22 octobre 2013 et le 31 mars 2014. Dans son dernier certificat médical du 25 février 2014, il a en outre évoqué la nécessité pour l'assuré de prendre, à titre thérapeutique, du repos hors de Suisse pendant trois semaines.

En vacances en Thaïlande, l'assuré a été victime, le 24 mars 2014, d'un accident de scooter, au cours duquel il heurté le sol avec sa tête, provoquant une commotion et a été blessé à la clavicule, aux côtes ainsi qu'aux jambes. Il a été hospitalisé sur place pour une durée de cinq jours.

A la demande de la caisse, le médecin traitant a complété un rapport médical du 6 janvier 2014 dans lequel il a posé le diagnostic de burnout existant depuis l'été 2013. Il a justifié ce diagnostic par l'existence d'une fatigue, d'une perte de poids, d'un manque de concentration, de troubles du sommeil et de ruminations sans idées noires. Au titre de limitations objectives, il a relevé ce qui suit :

“Du fait de son manque de concentration et des autres troubles, il ne peut plus prendre de travaux à effectuer car cela pourrait être dangereux pour lui et les autres. En effet, de par son métier de serrurier, il doit souvent prendre la route, même la nuit lorsqu'il est appelé par la police. Et du fait du manque de sommeil, il pourrait se

blessé avec les outils dont il doit se servir. Il lui faut un grand moment de repos et de décompression pour pouvoir se remettre”.

Il a, dans ce même document, justifié l'incapacité de travail par les problèmes professionnels de son patient, qui s'était laissé déborder par le travail, la fatigue et les soucis de gestion administrative. Il a évoqué l'absence de consultation psychiatrique et indiqué à titre de médication : Deprivita® (1/j) et Vitango® (2/j).

L'assuré a été convoqué, par courrier recommandé du 4 mars 2014 de la caisse, à un examen médical auprès du Dr S.\_\_\_\_\_, au bénéfice d'un titre français de psychiatrie et psychothérapie auprès de la clinique C.\_\_\_\_\_ à [...].

Dans son rapport du 14 avril 2014, l'expert a posé les diagnostics de la façon suivante :

“Troubles de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (ICD-10, F43.21) en phase de status-post. Comme facteur de stress psychosocial, il a été identifié une surcharge de travail, avec des réactions longues d'épuisement et de ruminations. Les plaintes actuelles sont identiques, même s'il s'agit de l'unique plainte de l'assuré”.

Il a indiqué qu'après investigation il n'avait relevé aucune limitation fonctionnelle et qu'à la date de l'examen, soit le 14 avril 2014, la capacité de travail était complète dans son activité professionnelle habituelle. Il relevait néanmoins que le pronostic était réservé dans la mesure où l'assuré ressentait une lassitude très forte par rapport à son travail, une envie de vendre l'affaire et une grande difficulté à s'imaginer dans le même fonctionnement qu'antérieurement.

Il a encore ajouté ce qui suit :

**“Stress particulier au travail :** Oui. L'exploré a décrit une surcharge de travail. Ensuite, il partira dans une description tout à fait truculente de son emploi et de ses problèmes. En effet, l'investigué rapporte particulièrement le fait d'être le seul à répondre 24h/24 aux appels de la police.

L'examiné mentionne également avoir été en quelque sorte stressé par un cafetier, lequel lui a demandé d'installer une terrasse, il y a peu de temps de cela. En effet, cette tâche fait partie de ses attributions, mais ledit cafetier lui a mis une pression importante pour qu'il le fasse au plus vite. Or, Monsieur H. \_\_\_\_\_ ne fait plus beaucoup de fabrication de menuiserie. A ce moment-là, l'assuré poursuit avec l'histoire de la menuiserie en PVC dans le canton de [...]. Il rapporte aussi être débordé par l'informatique et du coup, submergé par la problématique de l'administration. L'intéressé déclare avoir beaucoup de ruminations. Il décrit quand même cela d'une manière très romanesque.

L'exploré mentionne également un « *...burn-out* », avec une lassitude encore très présente. De ce fait, son médecin traitant, le Docteur Y. \_\_\_\_\_, médecine générale, lui aurait prescrit des vacances et l'investigué a fini par les faire en Thaïlande.  
[...]

**Histoire de la maladie :** En toile de fond, il a été retrouvé une surcharge de travail, laquelle a duré des années. En sus, il y avait également les problèmes de ses fils, lesquels ne trouvaient pas d'apprentissage. Ainsi, comme point de départ, l'intéressé décrit une espèce d'hyperdisponibilité, quasiment 24h/24 et 7j/7, par rapport aux demandes urgentes. Il rapporte aussi de l'inquiétude en ce qui concerne la recherche d'apprentissage de son fils, mais aussi une surcharge puisqu'il a été président d'un syndicat local.

Par ailleurs, l'exploré évoque une tension interne grandissante en lien avec l'accumulation des problèmes. Au fur et à mesure, cela a fini par déclencher chez lui une fatigue, une perte de poids, avec surtout des troubles du sommeil, un manque de concentration et des ruminations incessantes sur l'histoire de son fils, ainsi que le devenir, entre autres, de son entreprise.

Au vu de son état, son médecin traitant, le Docteur Y. \_\_\_\_\_, l'a mis en incapacité totale de travail et cela, dès le 22 octobre 2013. Ce dernier a évoqué un burn-out. Puis, l'investigué est parti en vacances en Thaïlande sur les conseils dudit médecin et avec l'accord de l'assurance. Pendant son séjour, il a eu un accident de scooter. De cet accident, l'examiné garde actuellement un souvenir composé de six jours d'hospitalisation et d'un gros hématome au niveau de la partie supérieure de la face latérale de la cuisse gauche. Il est à noter qu'il a ramené à l'évaluateur une espèce de souvenirs, un spiromètre thaïlandais, lequel le fait beaucoup rire.

Par ailleurs, Monsieur H. \_\_\_\_\_ a récemment fait monter une terrasse pour le cafetier évoqué plus haut, lequel l'avait sommé de finir le travail au plus vite. Actuellement, l'assuré se promène. En effet, il s'est instauré un rythme de repos, mais les sorties sont conservées. Globalement, son état s'est très clairement amélioré et la seule question qui se pose est l'articulation vis-à-vis de son entreprise. Néanmoins, l'intéressé se déclare être fatigué. Il mentionne également, mais de manière globale, ne plus se sentir prêt à travailler, que ça soit physiquement ou psychologiquement.

**Dernier traitement suivi jusqu'à ce jour :** Au départ, l'exploré a eu du Deprivita® (extrait sec de millepertuis) et du Vitango® (extrait sec de racine et rhizome d'orpin rose), dont la prise a été arrêtée

durant son hospitalisation en Thaïlande. Actuellement, la phytothérapie a été reprise, avec un certain effet.

**Plaintes actuelles :** Les plaintes sont surtout une lassitude par rapport à son travail, un sentiment d'être débordé administrativement et un épuisement professionnel. Même si actuellement il semble que cette période d'arrêt de travail l'a beaucoup aidé, l'investigué se pose encore des questions sur la suite, en particulier en ce qui concerne la vente et la succession qu'il désire. En effet, il déplore, en filigrane, que son fils ne soit pas son successeur.

**Signes cliniques significatifs :** Il y en a peu. L'examiné est plutôt logorrhéique. En effet, il plaisante avec l'évaluateur, mais également avec la secrétaire à l'accueil. Monsieur H. \_\_\_\_\_ s'exprime très bien. Il mentionne juste ne plus avoir, en quelque sorte, la force de travailler. Cependant, objectivement et même après une analyse fouillée, il est difficile de trouver des signes cliniques psychiatriques médicaux significatifs. Aucune symptomatologie dépressive ou anxieuse n'a été retrouvée, ni même un trait de personnalité ou un dysfonctionnement psychique quelconque."

À la suite de cette expertise, la caisse a rendu une décision le 23 mai 2014 mettant un terme au versement des indemnités journalières à l'assuré dès le 30 avril 2014.

Agissant par l'intermédiaire de sa mandataire précédente, Me Dorothee Reynaud, l'assuré s'est opposé à cette décision le 23 juin 2014. Il a en particulier contesté être en mesure de reprendre son travail en raison de son burnout (difficulté à gérer son entreprise) auquel s'était ajouté les conséquences physiques (blessures au niveau de la clavicule et des côtes) de l'accident dont il avait été victime en Thaïlande. Dans cette opposition, il a en particulier été relevé ce qui suit :

"Mon mandant souffre depuis plusieurs mois d'un « burn-out » qui l'empêche de gérer son entreprise. Ce dernier avait été mis en arrêt maladie par son médecin-traitant, le Dr Y. \_\_\_\_\_, jusqu'à fin mars 2014. Pendant cette période, des vacances à l'étranger lui avaient été prescrites afin de lui permettre de se reposer. Or, durant ce séjour, mon mandant a été victime d'un accident qui l'a empêché de tirer profit de ce repos. Lors de cet accident, ce dernier s'est blessé au niveau de la clavicule et des côtes, ce qui n'a fait qu'aggraver son état de santé. Mon mandant se réserve le droit de fournir toute information utile, qui ne serait pas encore en votre possession, en relation avec cet accident.

Aujourd'hui, l'état de santé de mon mandant ne lui permet toujours pas de reprendre son travail. Outre ses difficultés d'ordre psychique, les problèmes physiques liés à l'accident survenu lors de ses

vacances à l'étranger n'ont fait qu'aggraver sa situation d'un point de vue médical et professionnel. A cet égard, je vous transmettrai dans les meilleurs délais une attestation de son médecin-traitant faisant état de ce qui précède.

En raison de l'épuisement professionnel dont il est victime, mon mandant souffre toujours d'un état anxio-dépressif et en particulier de symptômes tels qu'angoisses, pertes de mémoire, fatigue, insomnies et perte de poids. Ce dernier est d'ailleurs toujours sous anxiolytiques.

Au vu de ce qui précède, et contrairement à l'avis du médecin-conseil de votre Assurance, mon mandant n'est pas en état de reprendre son activité professionnelle. Partant, je conclus à ce que la décision contestée soit réformée, en ce sens que, en raison de son incapacité de travail, le droit de mon mandant à des indemnités journalières pour perte de gain soit reconnu à partir du 1<sup>er</sup> avril 2014, ce jusqu'à l'amélioration de son état de santé”.

Dans un rapport du 24 juin 2014, transmis à la caisse, le Dr Y.\_\_\_\_\_ a décrit la situation médicale à Me Reynaud de la manière suivante :

“Monsieur H.\_\_\_\_\_, 57 an(s), présente un état de burnout depuis le 22 octobre dernier. Cet état s'est déclaré progressivement par une surcharge de travail et s'est manifesté par une grande fatigue, des angoisses avec une perte de poids et des troubles du sommeil. Il n'arrivait plus également à se sortir de tout son travail administratif pour son entreprise.

J'ai dû le mettre en arrêt de travail à 100% à partir du 22 octobre [2013].

Je lui ai donné une thérapie pour l'aider et fait un suivi psychothérapeutique en lui conseillant de prendre un peu de vacances pour l'éloigner de son stress.

Il n'a pu partir qu'en mars 2014 pour 2 semaines et malheureusement pendant son séjour, il a eu un accident en Thaïlande, ce qui a surajouté à son stress préexistant.

Actuellement, persistent des angoisses et des troubles du sommeil (majorés par ses soucis d'assurances) et un manque d'appétit. Il ressent toujours des douleurs suite de son accident surtout à la clavicule gauche.

Il n'a donc pas repris le travail et n'est pas en mesure de le faire actuellement pour une période d'au moins un mois.

Il n'arrive toujours pas à se sortir de l'accumulation des papiers administratifs qui s'entassent sur son bureau.

Je n'ai pas eu connaissance du rapport d'expertise par le psychiatre de [...] et n'en connaît la conclusion possible que par la copie de la lettre de la T.\_\_\_\_\_ à Monsieur H.\_\_\_\_\_.”

Le médecin traitant a en outre attesté, par plusieurs certificats médicaux successifs, d'une incapacité de travail totale entre le 7 avril et le 7 août 2014, puis de 80 % du 8 août au 31 octobre 2014.

Le 10 septembre 2014, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a fait parvenir au Dr X. \_\_\_\_\_, médecin-conseil de la caisse, un nouveau rapport médical rédigé en ces termes:

“[...] depuis des années, monsieur H. \_\_\_\_\_ a une surcharge de travail à laquelle se rajoute des problèmes pour trouver un apprentissage pour un de ses fils et une hyperdisponibilité par rapport aux demandes urgentes de la police (il est serrurier). Il est également très inquiet car il voit qu'il ne trouvera personne pour lui succéder. Aussi, ces éléments ont créé une tension interne avec apparition d'une fatigue, une perte de poids, des troubles du sommeil, un manque de concentration et des ruminations incessantes sur la situation. Cet état de burn-out m'a conduit à le mettre en arrêt de travail depuis le 22 octobre 2013 et je l'ai autorisé à partir en vacances, avec l'accord de la Caisse- Maladie. Seulement, il a eu un accident de scooter en Thaïlande avec 6 jours d'hospitalisation suite au traumatisme crânien, aux dermabrasions et aux douleurs du membre supérieur gauche. Depuis son retour, son état psychologique ne s'est pas franchement amélioré et il persiste une lassitude, un sentiment d'être débordé par les affaires administratives et un épuisement professionnel.

Certes, une partie de l'arrêt de travail est dû à l'accident du 24 mars 2014. Cet accident n'a fait que rajouter de l'inquiétude par rapport à son état de burn-out. Ceci a été aussi accentué par le fait que la gestionnaire tant de l'assurance- maladie que de l'assurance-accident lui a demandé beaucoup de papiers et il s'est vite senti débordé par tous ces problèmes administratifs.

Actuellement, il a toujours un déficit de concentration et une fatigabilité à l'exécution des tâches administratives. Son sommeil reste perturbé et il a parfois des réveils brusques la nuit par de l'angoisse.

Il a repris en partie le travail surtout celui sur appel de la police mais il doit déléguer à un confrère les demandes plus importantes car il n'arrive pas à se mettre sur les machines et à honorer les appels qui sont surtout du domaine de la menuiserie”.

Ce médecin a encore complété le 1<sup>er</sup> octobre 2014, le formulaire pré-imprimé de rapport médical que lui a transmis le [...] pour être renseigné sur les conséquences de l'accident thaïlandais. Il a ainsi posé les diagnostics de traumatisme crânien, de fracture de trois côtes et de la clavicule à gauche, ainsi que de multiples dermabrasions du membre supérieur gauche et membre inférieur droit. A titre de plainte de son patient il a noté des douleurs persistantes surtout au niveau claviculaire et céphalo-cervicales avec une diminution de la force des membres

supérieurs, ainsi que la persistance d'un hématome au niveau du haut de la cuisse gauche. Pour sa part il a constaté, lors d'un examen clinique, des douleurs au niveau de l'épaule et de la clavicule gauche lui paraissant plutôt ligamentaires. Il a constaté que l'hématome du haut de la cuisse gauche était encore palpable. Il attestait d'une incapacité de travail totale du 7 avril au 31 août 2014, une reprise complète étant prévue pour le 1<sup>er</sup> septembre 2014. S'agissant de l'évolution de l'état de santé, le Dr Y.\_\_\_\_\_ a rédigé son rapport en ces termes : « au vu de son travail de menuisier serrurier, il lui a été impossible de reprendre car il ne pouvait pas avoir assez de force et de liberté dans ses mouvements pour faire face à la demande des clients. »

Sur la base de ce rapport, par courrier du 24 octobre, la caisse a demandé au Dr S.\_\_\_\_\_, un avis complémentaire. L'expert a alors confirmé le 30 octobre 2014 les conclusions de son rapport du 14 avril, et indiqué qu'à l'instar du médecin traitant il pensait qu'il n'existait pas de raison d'introduire un suivi psychiatrique, étant précisé que le problème de l'assuré semblait plus social que médical.

Par de nouveaux certificats médicaux des 29 octobre et 2 décembre 2014, le Dr Y.\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail à 80 % entre le 29 octobre et le 31 décembre 2014.

La caisse a, par décision sur opposition du 4 décembre 2014, confirmé sa décision du 23 mai 2014 de mettre un terme au versement des indemnités journalières dues à l'assuré dès le 30 avril 2014. Elle fonde essentiellement cette décision sur le rapport d'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ au terme duquel, ce dernier ne retenait plus aucune incapacité de travail du point de vue psychiatrique dès le 14 avril 2014.

**B.** Par l'intermédiaire de son avocate, H.\_\_\_\_\_ recourt contre cette décision sur opposition par acte du 23 janvier 2015. Il conclut principalement à sa réforme en ce sens que le versement des indemnités journalières soit repris dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision pour complément d'instruction par le

biais d'une nouvelle expertise psychiatrique. A l'appui de son recours, il évoque essentiellement une violation de son droit d'être entendu en ce sens qu'il n'avait été informé ni du nom de l'expert mandaté ni des questions que comptait lui poser l'assureur et conteste la valeur probante de l'expertise au motif que depuis le 14 avril 2014, date de l'examen, son état de santé s'était au contraire grandement détérioré. Se référant à la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, il indique qu'une majorité de critères étant remplis, il ne dispose pas d'une capacité de travail pleine et entière.

Dans sa réponse du 6 mars 2015, l'intimée conclut principalement au rejet du recours, à la confirmation de la décision attaquée et à la condamnation du recourant en tous frais et dépens. À cet égard elle conteste le défaut de communication du nom de l'expert au recourant et indique qu'aucune objection n'avait été formulée par ce dernier que ce soit lors de sa convocation à l'expertise ou après cette dernière. Elle relève en outre que, dans ses conclusions, le recourant ne requiert le versement d'indemnités journalières qu'à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2014. Elle en conclut que la période entre le 1<sup>er</sup> mai et le 31 août n'est pas litigieuse. Sur la base des constatations de l'expert, l'intimée observe une amélioration de l'état de santé du recourant en l'absence de signes cliniques psychiatriques malgré une analyse fouillée. Elle relève en outre que l'incapacité de travail a été décrétée tardivement par rapport au déclenchement de la maladie, que le recourant n'est suivi que par son médecin généraliste et que le traitement prescrit est inadapté au diagnostic. Elle reconnaît en conséquence pleine valeur au rapport d'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_, évoquant le caractère lacunaire et imprécis des rapports médicaux du médecin traitant. L'intimée conteste en outre une quelconque aggravation de l'état de santé ou trouble somatoforme douloureux, de sorte qu'elle propose le rejet du recours faute d'incapacité de travail.

Le 29 mai 2015, le recourant réplique en contestant à nouveau la valeur probante de l'expertise. Il soutient que l'expert ne s'est pas fondé sur des examens complets, n'a pas tenu compte des plaintes du recourant ni des symptômes tels que troubles du sommeil, fatigue, troubles de

mémoire, irritabilité, et symptômes dépressifs. Il relève en outre le caractère obsolète de l'expertise datant du mois d'avril 2014, son état médical se dégradant au fil des mois. Il fait état en particulier de troubles de concentration et de troubles de mémoire s'intensifiant au cours de la journée jusqu'à rendre toute activité professionnelle impossible dans l'après-midi. Il affirme que les difficultés rencontrées dans la gestion de ses affaires administratives sont consécutives à la maladie et la conséquence directe de son état de santé. Au titre de mesures d'instruction complémentaire, le recourant a sollicité l'audition de son ex-épouse, de sa sœur et d'un ami proche tout en maintenant les conclusions de son recours.

Dans sa duplique du 15 juin 2015, l'intimée maintient ses conclusions en relevant que l'expert n'a constaté aucune symptomatologie, aucun dysfonctionnement psychique et que le traitement psychothérapeutique prescrit par son médecin traitant est inadéquat en rapport de la maladie diagnostiquée.

Avec l'accord du recourant, à titre de mesures d'instruction complémentaire, le Dr A.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute traitant, a été interpellé par la juge instructrice. Dans sa réponse du 31 mars 2016, ce médecin a indiqué ce qui suit :

- “•Je ne traite pas M. H.\_\_\_\_\_ que j'ai rencontré à une unique reprise le 29 décembre 2014.
- Je n'ai pas posé de diagnostic précis, même si M. H.\_\_\_\_\_ paraissait bien présenter divers symptômes, dont une grande difficulté à expliquer clairement sa demande envers moi. J'ai cru finalement comprendre qu'il se trouvait pris dans une histoire juridico-asséculo-logique des plus complexes et qu'il souhaitait que je me positionne à la manière d'un expert ce que j'ai refusé, tout en lui offrant la possibilité d'un suivi de soutien qui aurait fait suite à une phase d'investigation.
- Je ne me suis pas prononcé sur une éventuelle incapacité de travail, n'ai pas prescrit de médicament et ne connaît pas l'évolution qu'a connue M. H.\_\_\_\_\_.
- J'ai eu un contact téléphonique en avril 2015 avec son avocate, Me Dorothee Raynaud.
- M. H.\_\_\_\_\_ m'a contacté par téléphone le 29 mai 2015 m'annonçant devoir remplir 15 classeurs fédéraux et me proposant de venir me voir à mon domicile, comme je ne pouvais

le voir immédiatement et refusais toujours de prendre le rôle d'expert. M. H. \_\_\_\_\_ ne m'a pas donné de nouvelle depuis”.

Du dossier constitué par l'assureur-accidents - P. \_\_\_\_\_ - ensuite de l'accident de scooter dont a été victime le recourant en Thaïlande, requis dans le cadre de l'instruction de la cause, il ressort que celui-ci a été hospitalisé du 24 au 28 mars 2014 à l'Hôpital [...] de [...]. Un rapport médical du 28 mars 2014, établi par le Dr E. \_\_\_\_\_, indique au titre de diagnostic principal une commotion cérébrale sans blessure ouverte, de multiples fractures des côtes, une fracture de la clavicule, ainsi que des blessures superficielles aux membres supérieurs et inférieurs.

Les parties ayant été invitées à se déterminer sur ces nouvelles pièces, seule l'intimée l'a fait dans une écriture du 3 mai 2016. Elle y indique qu'aucun diagnostic précis n'a été posé par le Dr A. \_\_\_\_\_ et que les rapports médicaux du Dr Y. \_\_\_\_\_, généraliste, ne peuvent pas disposer de la valeur probante nécessaire à attester d'une pathologie psychiatrique. Elle maintient les conclusions en rejet du recours.

Le recourant a finalement renoncé à requérir le bénéfice de l'assistance judiciaire, après l'avoir requis dans un premier temps.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la 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 (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être

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 interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, vu le domicile de l'assuré dans le canton de Vaud ; il satisfait en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

**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).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision. Le litige est en effet circonscrit par la décision attaquée. Ainsi, en procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 413 consid. 2c).

**b)** Le litige porte sur le droit du recourant au versement d'indemnités journalières selon la LAMal. Alors qu'il en réclame la reprise dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014, son état de santé s'étant progressivement aggravé, la caisse considère qu'il a recouvré une pleine capacité de travail au mois d'avril, de sorte que l'octroi d'indemnités n'était plus fondé dès le 30 avril 2014.

**3.** Dans un grief, d'ordre formel, le recourant invoque la violation de son droit d'être entendu. Il allègue ne pas avoir été invité à faire part à l'assurance de ses éventuels motifs de récusation de l'expert, et de n'avoir pu transmettre ses observations au questionnaire que la caisse entendait lui soumettre.

**a)** Aux termes de l'art 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

Selon une jurisprudence relativement récente, le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres; ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.9).

**b)** La disposition qui précède concrétise le droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse ; RS 101), qui comprend le droit pour l'intéressé de prendre connaissance du dossier, de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, de produire des preuves quant aux faits de nature à influencer sur la décision, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 127 III 576 consid. 2c; 127 V 431 consid. 3a; 124 II 132 consid. 2b et la jurisprudence citée).

S'agissant d'une garantie constitutionnelle de caractère formel, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner

l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid 3d/aa; 126 V 130 consid 2b et les références citées). Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1 et les références; TF 8C\_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références).

**c)** Dans le cas d'espèce, force est d'admettre que la caisse n'a pas procédé conformément aux dispositions et règles jurisprudentielles précitées. Elle est expressément invitée à y remédier à l'avenir. Cependant, convoqué le 14 avril par courrier recommandé du 4 mars 2014 à l'examen fixé auprès du Dr S.\_\_\_\_\_ à la clinique C.\_\_\_\_\_, le recourant, pourtant déjà représenté, conformément à la procuration établie en faveur de Me Chappaz, s'y est rendu sans soulever d'objections. Informé également de cette convocation son médecin traitant n'a pas plus réagi. Dans son opposition, le recourant n'a pas non plus soulevé d'objections formelles à la mise sur pied de l'examen, se contentant de contester la teneur du rapport de l'expert. La lecture de son acte de recours, ne permet pas non plus d'observer d'arguments conduisant à l'existence d'un motif de récusation au sens de la jurisprudence (ATF 134 I 20 consid. 4.3.1) ou de contestation relative aux questions posées par l'intimée à l'expert. Le recourant, pourtant informé dès le 4 mars 2014 du nom du Dr S.\_\_\_\_\_, et assisté dès le 10 mars, n'a fait part d'aucune objection quant à la mise sur pied de cet examen médical. Il s'est ainsi abstenu de tous reproches à l'assureur avant la présente procédure, et de toute interpellation relative à d'éventuelles questions qu'il aurait souhaité lui poser. Partant, il ne saurait alléguer, à ce stade, sans que cela ne soit perçu de manière abusive, une violation de son droit d'être entendu, ce grief est en conséquence, dans le cas particulier mal fondé.

**4. a)** Aux termes de 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. Dans le cas d'espèce, l'art. 13 al. 1 des conditions générales de l'assurance collective applicables au contrat, plus favorable que la loi, stipule que l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25 %.

Dans l'assurance facultative d'indemnité journalière en cas de maladie, la notion d'incapacité de travail correspond à celle définie à l'art. 6 LPGA (auquel renvoie l'art. 72 al. 2 LAMal). Selon cette disposition, est réputée incapacité de travail 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.

Selon la jurisprudence, le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors et ceci aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage ; ATF 129 V 460 consid. 4.2 et 114 V 281 consid. 1d). Ce principe a été codifié à l'art. 6, 2<sup>ème</sup> phrase, LPGA, qui prévoit qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité raisonnablement exigible peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Dans l'hypothèse où un assuré, en vertu de son obligation de diminuer le dommage, doit s'astreindre à changer de profession, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat - pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'à présent est due - pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi (RAMA 2000 KV 112 p. 122 consid. 3a ; cf. aussi art. 21 al. 4 LPGA). Dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (ATF 133 III 527 consid. 3.2.1 ; TF 9C\_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.4).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des

règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, 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 dûment 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 et 125 V 351 consid. 3a).

À cet égard, le Tribunal fédéral a précisé que l'appréciation d'une situation médicale déterminée ne saurait par conséquent se résumer à trancher, sur la base de critères exclusivement formels, la question de savoir quel est, parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant d'apprécier la portée d'un document médical, seul en définitive le contenu matériel de celui-ci permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante.

De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2).

Cependant, s'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

**c)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références citées ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 319 consid. 5a).

**5. a)** En l'espèce, tant le médecin traitant que l'expert évoquent, de manière plus ou moins nuancée, un état de surcharge voire d'épuisement professionnel. Ils s'opposent en revanche sur les conséquences engendrées par cet état de santé en termes d'incapacité de travail. A ce titre, le médecin traitant atteste d'une incapacité de travail totale entre le 7 avril et le 7 août 2014 puis à 80% du 8 août au 31 décembre 2014, alors que l'expert admet une capacité de travail totale dès la date de l'expertise (le 14 avril 2014). Le recourant pour sa part,

réclame la reprise des indemnités journalières depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014.

A la lecture du dossier et compte tenu de l'instruction complémentaire effectuée, force est de constater que le recourant n'a fait l'objet d'un suivi psychologique qu'auprès du Dr Y.\_\_\_\_\_, médecin généraliste qui lui a prescrit un traitement phyto-thérapeutique à base de millepertuis et de racine d'orpin rose (Deprivita® et Vitango®), ainsi que trois semaines de vacances à l'étranger pour qu'il puisse se reposer hors de Suisse. La thérapie initiée auprès du Dr A.\_\_\_\_\_, psychiatre, évoquée dans son acte de recours, n'a pas été poursuivie. Ce spécialiste, qui n'a vu le recourant qu'à une seule reprise, a confirmé au Tribunal n'avoir posé aucun diagnostic précis et ne s'être pas prononcé sur une quelconque incapacité de travail.

Ces éléments plaident plutôt en faveur d'une problématique de peu de gravité et vont dans le sens des observations du Dr S.\_\_\_\_\_ lorsqu'il indique n'avoir constaté aucun signe clinique significatif en faveur d'une symptomatologie dépressive ou anxieuse ou d'un dysfonctionnement psychiatrique. Au demeurant, l'avis de cet expert, spécialisé en psychiatrie doit également être préféré à celui du médecin généraliste traitant, en raison de la relation de confiance qui lie ce dernier à son patient.

**b)** D'autre part, au contraire de ce que soutient le recourant, la valeur probante de l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ ne saurait être mise en cause au motif que son état de santé s'est grandement détérioré depuis cet examen. Cette allégation n'est corroborée ni par l'attitude du recourant qui s'est contenté de poursuivre ses consultations auprès d'un médecin généraliste non spécialisé, ni par le Dr Y.\_\_\_\_\_ lui-même. En effet, l'absence de franche amélioration, la persistance d'un sentiment de lassitude et d'épuisement professionnel (rapport médical du 10 septembre 2014 au Dr X.\_\_\_\_\_), au demeurant déjà évoqués auparavant par le médecin traitant ne permet pas de retenir une aggravation de son état de santé.

L'examen du dossier relatif à l'accident de circulation dont il a été victime en Thaïlande ne permet pas plus de se convaincre d'une telle évolution. S'il est certain que le recourant a été physiquement blessé par cet événement et qu'il s'en est vraisemblablement trouvé affecté moralement, rien ne permet de conclure à la persistance de séquelles physiques ou psychiques qui laisseraient supposer une détérioration de son état de santé l'empêchant de reprendre le travail.

Ce dernier reproche encore au Dr S. \_\_\_\_\_ de n'avoir pas procédé à un examen suffisamment fouillé puisqu'il n'a notamment pas effectué de tests permettant d'évaluer sa capacité de concentration. A cet égard, il convient de rappeler, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, que l'expert jouit d'une grande autonomie s'agissant de la conduite de son expertise et qu'il convient de faire preuve de retenue avant de remettre en cause la méthode utilisée (TF 9C\_91/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.3 ; 9C\_661/2009 du 29 septembre 2009 consid. 3.2 et 9C\_447/2009 du 15 juillet 2009). On ne saurait en conséquence partir du principe que faute de tests, l'expertise est incomplète et la valeur probante du rapport inexistante.

S'agissant des plaintes du recourant, contrairement à ce qu'il allègue, ces dernières ont été largement évoquées dans le rapport d'expertise qui reste parfaitement convainquant, conforme aux observations cliniques, aux constatations faites par le médecin traitant, aux traitements administrés, ainsi qu'au suivi prodigué.

Enfin les allégations du recourant relatives aux troubles somatoformes douloureux ne sont, dans le cas d'espèce pas fondées médicalement, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'y attarder.

**c)** Compte tenu de ce qui précède, la Cour retiendra les conclusions de l'expert s'agissant de la capacité de travail, conclusions qui semblent de surcroît corroborées par le recourant lui-même, qui requiert la reprise du versement depuis le mois de septembre. La caisse était dès lors fondée à refuser ses indemnités journalières depuis le 30 avril 2014.

L'aggravation de l'état de santé n'étant pour le surplus, conformément aux éléments mis en exergue ci-dessus pas suffisamment rendue vraisemblable, le recours apparaît mal fondé. Partant, il doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Au demeurant, les mesures d'instruction requises par le recourant sous forme d'audition de son ex-épouse, de sa sœur et d'un ami proche ne paraissent pas susceptibles de modifier la solution du litige, de sorte qu'il n'y sera pas donné suite.

**6.** S'agissant des frais et dépens (art. 91 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), 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 - certes assisté des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts - n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA). L'assureur social qui obtient gain de cause n'a toutefois pas droit à des dépens, sous réserve des cas où la partie recourante fait preuve de témérité ou de légèreté (ATF 126 V 143 consid. 4a; TF 9C\_907/2013 du 29 août 2014 consid. 8.1). Cette condition n'étant pas remplie en l'espèce, il n'y a également pas lieu d'allouer des dépens à l'intimée.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours du 23 janvier 2015 déposé par H.\_\_\_\_\_ est rejeté.
- II.** La décision sur opposition du 4 décembre 2014 rendue par T.\_\_\_\_\_ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Laure Chappaz (pour H. \_\_\_\_\_),
- T. \_\_\_\_\_,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :