

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 juin 2022

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Métral et Mme Dessaux, juges  
Greffière : Mme Toth

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

**O.** \_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 6 LPGA ; art. 71 et 72 LAMal.**

## **E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était employé en qualité de responsable de secteur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 auprès de la Fondation [...], reprise au 1<sup>er</sup> janvier 2021 par la Fondation [...] (ci-après : l'employeur). Par le biais d'un contrat collectif conclu par son employeur, il bénéficiait initialement d'une assurance perte de gain maladie auprès de R. \_\_\_\_\_, membre du Groupe W. \_\_\_\_\_ (ci-après : R. \_\_\_\_\_), puis, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021, auprès d'O. \_\_\_\_\_ (ci-après : O. \_\_\_\_\_ ou l'intimée).

Le 30 novembre 2020, l'employeur a adressé à R. \_\_\_\_\_ une déclaration d'incapacité de travail maladie, par laquelle il a exposé que l'assuré avait été licencié pour le 31 décembre 2020 et libéré de son obligation de travailler dès le 1<sup>er</sup> septembre 2020 et que ce dernier était en incapacité de travail depuis le 18 novembre 2020 pour cause de maladie. Il a transmis les certificats médicaux y relatifs.

Le 29 janvier 2021, l'employeur a annoncé à O. \_\_\_\_\_ que l'assuré était en incapacité de travail totale depuis le 18 novembre 2020 pour cause de maladie et a transmis les certificats médicaux y relatifs. Il a précisé que les rapports de travail étaient résiliés au 31 mars 2021.

O. \_\_\_\_\_ a pris en charge le versement d'indemnités journalières en faveur de l'assuré.

Par courrier électronique du 12 février 2021, l'assuré a retourné à O. \_\_\_\_\_ une « procuration assurance indemnités journalières » signée et lui a signifié par la même occasion avoir trouvé un arrangement avec son employeur, soit la fin de ses rapports de travail au 31 mars 2021.

Dans un rapport du 17 juin 2021 à O. \_\_\_\_\_, le psychiatre traitant de l'assuré, Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent,

épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), de personnalité émotionnellement labile avec traits dépendants (F60.31/7) et de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56). Il a noté que son patient présentait un état dépressif réactionnel à un licenciement abusif, n'ayant pas été traité correctement par son employeur, ce qui avait entraîné un profond sentiment d'impuissance et d'insuffisance associé à un trouble narcissique important. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a en outre relevé que l'intéressé ne bénéficiait d'aucun traitement antidépresseur ou anxiolytique, une prise en charge médicamenteuse n'étant pas adéquate ni indiquée. Le traitement était fondé sur la prise en charge thérapeutique, une fois par semaine à compter du 18 novembre 2020 et, depuis deux mois, une fois tous les quinze jours. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis le 18 novembre 2020 et a estimé possible une reprise du travail dans la précédente activité en septembre 2021, à réévaluer. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : troubles de la concentration et mnésiques, ainsi que troubles inhérents à un état dépressif, incluant troubles de l'appétit et du sommeil, ainsi que blessure narcissique et sentiments d'insuffisance. Le psychiatre traitant était d'avis que la compensation de ces différents troubles était nécessaire à toute reprise d'une activité professionnelle. Il a observé que la situation était très lentement favorable dans le sens où les difficultés de concentration et les troubles mnésiques étaient en légère amélioration.

O.\_\_\_\_\_ a informé l'assuré le 16 juillet 2021 de la mise en œuvre d'une expertise auprès de la Dre N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, qui aurait lieu le 29 juillet 2021.

Dans son rapport du 31 juillet 2021, faisant suite à l'examen du 29 juillet précédent, la Dre N.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent (F33.4), actuellement en rémission, et les diagnostics sans impact sur la capacité de travail de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56) et de trouble de la personnalité anxieuse (évitante) (F60.6). Elle a estimé que l'assuré avait été en incapacité de travail totale du 18 novembre 2020 au 31 juillet 2021 mais qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> août

2021. La Dre N. \_\_\_\_\_ a justifié sa position en indiquant que le trouble dépressif récurrent était en rémission et que l'intéressé avait déjà commencé à faire des postulations et à se présenter à des entretiens d'embauche ; de plus, il avait bénéficié d'un délai de sept mois de salaire assorti d'une libération de l'obligation de travail jusqu'au 31 mars 2021 ; ces conditions avantageuses avaient encore été améliorées par le travail de médiation et de négociation de son avocat avec l'employeur. La Dre N. \_\_\_\_\_ a relevé que le choc du licenciement, vécu au mois d'août 2020, en était quasiment au douzième mois d'évolution et le début de la symptomatologie au dixième mois. Au vu du suivi psychothérapeutique adapté et efficace, de la longue période accordée à l'assuré pour ses soins et pour amorcer et renforcer sa résilience, ainsi que de l'évolution naturelle de la maladie, elle a estimé que l'état de santé de l'assuré lui permettait de travailler à 100 %, temps horaire et rendement, dans n'importe quel poste de travail adapté à ses compétences dès le 1<sup>er</sup> août 2021.

Se fondant sur les conclusions de cette expertise, O. \_\_\_\_\_ a, par décision du 6 août 2021, mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 19 août 2021, au motif qu'une reprise du travail à 100 % était envisageable à compter du 20 août 2021.

Le 11 août 2021, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision. En substance, il a fait valoir que les symptômes ayant causé son incapacité de travail étaient encore présents, même s'ils allaient dans le sens d'une rémission. Il a soutenu qu'il ne se sentait pas encore prêt à reprendre une activité similaire à celle qu'il exerçait auparavant et a indiqué être surpris que l'experte ait pu retenir une reprise du travail à 100 % aussi rapide, cette appréciation étant selon lui peu congruente avec l'entretien du 29 juillet 2021. L'intéressé a ainsi requis d'O. \_\_\_\_\_ qu'elle se réfère à l'avis de son psychiatre traitant.

Par décision sur opposition du 14 octobre 2021, O. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 6 août 2021. Elle a tout d'abord constaté que les Conditions générales du Groupe W. \_\_\_\_\_

s'appliquaient au présent cas. Elle a ainsi relevé que dites conditions générales ne prévoyaient pas de prise en charge au titre de l'assurance collective d'une incapacité de travail au-delà de la durée du contrat de travail, de sorte que les indemnités journalières auraient déjà dû cesser au 31 mars 2021. D'après l'assureur, pour ce motif déjà, sa décision était justifiée. O.\_\_\_\_\_ a en outre retenu que le rapport d'expertise circonstancié de la Dre N.\_\_\_\_\_ répondait aux réquisits posés par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux et que le seul document contestant la possibilité de travailler de l'assuré était le rapport du Dr T.\_\_\_\_\_. D'après elle, cet avis divergent ne permettait pas de remettre en cause l'expertise basée sur une évaluation médicale complète et approfondie. Ainsi, il n'existait pas de motif de s'écarter de l'avis de l'experte qui concluait à une capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> août 2021 et la décision du 6 août 2021 devait être confirmée.

**B.** Par acte du 13 novembre 2021, M.\_\_\_\_\_ a recouru par devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation. En substance, le recourant fait valoir que son incapacité de travail a perduré au-delà du 19 août 2021 et que l'expertise réalisée par la Dre N.\_\_\_\_\_ n'est pas convaincante. Il soutient que celle-ci s'est déroulée dans des « conditions surprenantes », relevant en outre l'âge de l'experte, « largement au-delà de l'âge de la retraite », et son parcours professionnel en tant qu'obstétricienne homéopathe. Il invoque en outre qu'il est étrange, en trente minutes de consultation avec la Dre N.\_\_\_\_\_, que celle-ci puisse contredire le diagnostic posé par son psychiatre traitant, qui le suit depuis quatre ans, et relève l'incongruence entre la validation de ses symptômes invalidants par l'experte et sa recommandation de reprendre le travail à 100 % dès le 1<sup>er</sup> août 2021. Il indique également que la Dre N.\_\_\_\_\_ a fait référence, dans son expertise, à un contact avec son médecin traitant, ce qui serait erroné. Le recourant allègue au surplus avoir droit à des indemnités journalières au-delà du 31 mars 2021 et mentionne en particulier son licenciement qu'il qualifie d'abusif. Pour étayer ses dires, il a produit sa fiche de salaire du mois de février 2021, ainsi qu'un courrier électronique reçu le 19 avril 2021 d'une responsable

RH de son employeur, mentionnant son droit aux allocations pour perte de gain en cas de maladie jusqu'à concurrence de 730 jours au total, même après la fin de son contrat de travail. Il a également produit deux certificats du Dr T.\_\_\_\_\_; l'un daté du 12 août 2021 attestant une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> au 31 août 2021, l'autre daté du 21 octobre 2021 attestant une capacité de travail de 50 % à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2021 et de 100 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2021.

Par réponse du 13 décembre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours. Pour l'essentiel, elle s'est référée aux arguments invoqués dans sa décision sur opposition.

### **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 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 ; 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 le droit du recourant à des indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie selon la LAMal au-delà du 19 août 2021, singulièrement sur le point de savoir si l'intimée était légitimée à mettre un terme au versement de ces prestations avec effet à la date précitée.

**3.** A titre préliminaire, il convient de déterminer quelles conditions d'assurance sont applicables au cas d'espèce, au vu du changement d'assurance indemnité journalière collective dû à la reprise de la Fondation [...] par la Fondation [...] au 1<sup>er</sup> janvier 2021, alors que le sinistre était en cours.

**a)** La Convention de libre passage entre les assureurs d'indemnités journalières maladie, à laquelle O.\_\_\_\_\_ et le Groupe W.\_\_\_\_\_ ont adhéré, prévoit que dite convention s'applique en cas de passage d'un assuré individuel d'une assurance indemnité journalière collective dans une autre assurance indemnité journalière collective selon la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1) et la LAMal (art. 2a). Selon l'art. 4 al. 2 de cette convention, les sinistres en cours passent au nouvel assureur dès la date du changement d'assurance, à concurrence du montant de l'indemnité journalière, du délai d'attente et de la durée des prestations prévus par l'assureur antérieur.

D'après les conditions particulières d'assurance (CPA) 110 de la police d'assurance relative aux indemnités journalières collective LCA d'O.\_\_\_\_\_ du 19 décembre 2019, les personnes assurées auparavant, se trouvant en incapacité de travail lors de l'entrée en vigueur de la police, bénéficient jusqu'au recouvrement de leur pleine capacité de travail des prestations prévues par l'ancienne police.

**b)** Ainsi, tant en application de la Convention susmentionnée que du contrat d'assurance d'O.\_\_\_\_\_, les conditions d'assurance du Groupe W.\_\_\_\_\_ sont applicables au cas d'espèce.

**4.** **a)** Selon l'art. 67 al. 1 LAMal, toute personne qui est domiciliée en Suisse ou y exerce une activité lucrative et qui est âgée de quinze ans au moins mais n'a pas atteint l'âge de 65 ans peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens des art. 2 al. 1 ou 3 LSAMal (loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de

l'assurance-maladie ; RS 832.12). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective, notamment par des employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes (art. 67 al. 3 let. a LAMal).

L'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées (art. 72 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, LAMal). Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (al. 2). Les contractants peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité (al. 1).

Aux termes de l'art. 5 des Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal, édition au 1<sup>er</sup> janvier 2011, du Groupe W.\_\_\_\_\_ (ci-après : les Conditions générales), l'assureur accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité de travail résultant notamment de la maladie. La notion de maladie est décrite à l'art. 3 LPGA. Il s'agit de toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. L'art. 13 ch. 1 des Conditions générales prévoit que l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25%. La notion d'incapacité de travail est définie à l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou dans 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. Les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 730 jours dans une période de 900 jours (art. 7 ch. 1 des Conditions générales).

**b)** En vertu de l'art. 71 LAMal, lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur. Si, dans l'assurance

individuelle, l'assuré ne s'assure pas pour des prestations plus élevées, de nouvelles réserves ne peuvent être instituées ; l'âge d'entrée déterminant dans le contrat collectif est maintenu (al. 1). L'assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle. S'il omet de le faire, l'assuré reste dans l'assurance collective. L'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication (al. 2).

Selon la jurisprudence, lorsque les conditions de l'assurance collective d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal prévoient que la couverture d'assurance s'éteint lors de la cessation des rapports de travail et que l'incapacité de travail perdure au-delà de cette date, des prestations ne doivent être fournies que si et tant que le travailleur concerné reste, par son passage dans l'assurance individuelle, membre de la caisse-maladie. En effet, le droit aux prestations d'un assureur-maladie est lié à l'affiliation ; à l'extinction du rapport d'assurance, le droit aux prestations n'est plus donné et il est mis fin à celles éventuellement en cours. C'est pourquoi l'art. 71 LAMal prévoit que lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur (« libre passage » ; ATF 127 III 106 consid. 3a et les références citées ; TFA K 106/06 du 22 décembre 2006 consid. 3.3 ; cf. également Rémy Wyler/Boris Heinzer, Droit du travail, 3e éd., Berne 2014, p. 257 ss).

Les Conditions générales prévoient à l'art. 11 ch. 2 que sous réserve du droit au libre passage des lettres a, b et i, la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré notamment lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des assurés.

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste FMH (Fédération des médecins suisses) n'en est en revanche pas une condition ; une formation spécialisée peut aussi avoir été acquise à l'étranger (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 8C\_606/2016 du 13 décembre 2016 consid. 4.3 et les références citées ; 9C\_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.2.2 et les références citées). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

**d)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1), au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**5.** En l'espèce, l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 19 août 2021, au motif qu'une reprise du travail à 100 % était envisageable à compter du 20 août 2021. Elle fonde sa décision sur le rapport d'expertise du 31 juillet 2021 de la Dre N.\_\_\_\_\_, laquelle est d'avis que le recourant est capable de travailler à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> août 2021. Elle relève en outre que les indemnités journalières auraient déjà dû cesser au 31 mars 2021, étant donné que les Conditions générales du Groupe W.\_\_\_\_\_ ne prévoient pas de prise en charge au titre de l'assurance collective d'une incapacité de travail au-delà de la durée du contrat de travail. Pour sa part, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise et soutient que son incapacité de travail a perduré au-delà du mois d'août 2021. Il estime au surplus avoir droit aux indemnités journalières au-delà du 31 mars 2021 malgré la fin de son contrat de travail.

**a)** Il convient de se pencher en premier lieu sur l'argument de l'intimée selon lequel le terme du contrat de travail au 31 mars 2021 justifierait déjà la cessation des indemnités journalières à cette date.

Il est vrai que les rapports de travail ont pris fin au 31 mars 2021 (cf. courrier électronique adressé le 29 janvier 2021 par l'employeur à O.\_\_\_\_\_ et courrier électronique adressé le 12 février 2021 par l'assuré à O.\_\_\_\_\_) et que les Conditions générales du Groupe W.\_\_\_\_\_ prévoient, à l'art. 11 ch. 2, que la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré notamment lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des assurés. Il n'apparaît toutefois pas au dossier que l'intimée aurait mentionné à l'assuré la possibilité de passer dans l'assurance individuelle au terme des rapports de travail, comme le prévoit l'art. 71 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, LAMal, de sorte que ce dernier reste affilié dans l'assurance collective (cf. art. 71 al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase, LAMal ; consid. 4b *supra*). Ainsi, l'intimée ne saurait se prévaloir de la fin des rapports de travail pour justifier la fin du versement des indemnités journalières.

On ajoutera également, à toutes fins utiles, que le recourant semble se prévaloir d'un licenciement abusif, sans toutefois le démontrer, malgré le courrier électronique adressé le 12 février 2021 à O.\_\_\_\_\_, dans lequel il mentionne un arrangement trouvé avec son employeur s'agissant du terme des rapports de travail. Quoi qu'il en soit, cela n'a pas d'incidence puisqu'une résiliation abusive demeure valable, la seule sanction étant le paiement d'une indemnité par la partie qui a résilié abusivement le contrat (Wyler/Heinzer, *op. cit.*, p. 659).

Cela étant, comme indiqué précédemment, l'intimée ne s'est pas prévalu de la fin des rapports de travail pour mettre un terme au versement des indemnités journalières, mais s'est fondée sur la capacité de travail recouvrée de l'assuré. C'est ce point qu'il s'agit d'analyser plus particulièrement.

**b)** Il s'agit donc d'examiner si et dans quelle mesure le recourant, qui souffrait notamment d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, depuis le 18 novembre 2020, a recouvré sa capacité de travail.

**aa)** L'intimée se fonde sur le rapport d'expertise de la Dre N. \_\_\_\_\_ du 31 juillet 2021 pour retenir que l'intéressé est capable de travailler à 100 % depuis le 20 août 2021. Or, force est de constater que cette expertise ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, ni à ceux relatifs à l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 4c et d *supra*).

Les atteintes à la santé dont souffre le recourant relèvent en effet du domaine des affections psychiques, de sorte que l'expertise ordonnée par l'assureur au sens de l'art. 44 LPGA devait nécessairement être menée par un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. En l'occurrence, O. \_\_\_\_\_ a mandaté la Dre N. \_\_\_\_\_, laquelle ne bénéficie d'aucune spécialisation en la matière au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral précitée (cf. consid. 4c). Cette médecin est en effet spécialiste en médecine interne générale et titulaire de « droits acquis en psychiatrie et psychothérapie ». Or, cette dernière mention concerne les modalités de facturation des médecins définies par la FMH au moment de l'entrée en vigueur de la Convention TARMED et non l'attribution d'un titre professionnel. Ainsi, en dépit de ses droits acquis, de son expérience et de ses compétences professionnelles, force est de constater qu'elle ne dispose pas d'un titre de spécialiste ni d'une formation spécialisée acquise à l'étranger et reconnue en Suisse. Une telle formation était pourtant essentielle, ce d'autant plus que l'expertise avait notamment pour but de se positionner sur le rapport établi le 17 juin 2021 par le psychiatre traitant du recourant, au bénéfice d'une spécialisation FMH en psychiatrie et psychothérapie. L'expertise réalisée par la Dre N. \_\_\_\_\_ souffre donc d'un vice formel et ne revêt aucune valeur probante, sans qu'il n'y ait besoin d'examiner son contenu.

Partant, l'intimée n'était pas légitimée à mettre un terme aux prestations d'assurance en se fondant sur cette seule appréciation.

**bb)** Quant aux rapports établis par le psychiatre traitant du recourant, ils ne permettent pas non plus de se prononcer à satisfaction de droit sur le recouvrement de la capacité de travail de ce dernier. Dans

son rapport du 17 juin 2021, le Dr T.\_\_\_\_\_ a certes estimé possible une reprise du travail dans la précédente activité en septembre 2021, la situation devant être réévaluée à ce moment-là. Il ne motive toutefois pas sa position, qui reste par ailleurs hypothétique. De même, l'on ne saurait se fonder sur les certificats des 12 août et 21 octobre 2021 produits par le recourant dans le cadre de la présente procédure de recours, qui attestent une capacité de travail de 50 % à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2021 et de 100 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2021, ceux-ci n'étant pas étayés.

**cc)** Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause.

Il convient donc de renvoyer la cause à l'intimée, afin qu'elle complète l'instruction, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il appartiendra ainsi à l'intimée de compléter le dossier, en requérant un rapport du psychiatre traitant, et, cas échéant, en mettant en œuvre une expertise médicale psychiatrique conforme à l'art. 44 LPGA, qui devra se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail de l'assuré à compter du 20 août 2021. Il appartiendra ensuite à l'intimée de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

**6. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant retournée à O.\_\_\_\_\_ pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant ayant procédé sans mandataire qualifié (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 14 octobre 2021 par O.\_\_\_\_\_ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- M. \_\_\_\_\_,
- O. \_\_\_\_\_,
- 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 :