

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 novembre 2024

Composition : Mme PASCHE, juge unique
Greffier : M. Varidel

Cause pendante entre :

B._____, à [...], recourant, représenté par le Syndicat Unia Région Vaud, à Lausanne,

et

G._____, à [...], intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 6 LPGA ; 67 al. 1, 72 al. 2 LAMal

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé depuis le 11 juin 2012 auprès de l'Hôtel [...], d'abord en qualité de chef de rang puis comme assistant maître d'hôtel. A ce titre, il était affilié à l'assurance indemnité journalière maladie auprès de G. _____ (ci-après : la Caisse ou l'intimée).

Le 21 février 2022, l'employeur a remis en mains propres à l'assuré une lettre de congé-modification, par laquelle il entendait réduire son taux d'activité de 100 % à 65 % à compter du 1^{er} mai 2022, avec la précision qu'à défaut d'acceptation par le travailleur, les rapports de travail prendraient fin à l'issue du délai de congé, le 30 avril 2022.

L'assuré a présenté une incapacité de travail totale à compter du 22 février 2022. Il a remis à son employeur un premier certificat du Dr [...], médecin praticien, valable dès cette date. A compter du 17 mars 2022, de nouveaux certificats d'arrêt de travail successifs lui ont été délivrés par son psychiatre traitant, le Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

La Caisse a versé des indemnités journalières maladie à l'assuré à compter du 18 mars 2022.

Dans un rapport du 9 mai 2022 à l'attention du médecin-conseil de la Caisse, le Dr L. _____ a posé le diagnostic avec impact sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2). Le psychiatre a indiqué suivre l'assuré depuis le 23 février 2022 pour un état dépressif qui s'était progressivement développé au cours des dernières semaines dans un contexte de difficultés au travail liées à la décision de son employeur de réduire son taux d'activité, ce que l'intéressé avait vécu comme un licenciement et ne souhaitait pas reprendre son activité auprès du même établissement. L'assuré manifestait une humeur anxieuse et dépressive, une anhédonie, une baisse de l'élan vital et de la motivation, des troubles de la concentration

ainsi qu'une insomnie. Il n'avait pas d'idéation suicidaire mais n'arrivait pas du tout à se projeter dans l'avenir, y compris sur le plan professionnel. Le traitement médicamenteux prescrit avait très légèrement amélioré ce cadre. Selon le spécialiste, l'incapacité de travail était de 100 % depuis le 17 mars 2022, et ce jusqu'à une date indéterminée. Il estimait en effet qu'en raison de l'état dépressif sévère de l'assuré, on ne pouvait pour l'heure pas s'attendre à une reprise de l'activité ou à une amélioration de la capacité de travail.

Dans le cadre de l'instruction du cas, la Caisse a confié une expertise de l'assuré au Dr F._____, spécialiste en neurologie, psychiatrie et psychothérapie, qui l'a examiné le 20 juillet 2022. Dans son rapport du 22 juillet 2022, l'expert a posé le diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (F43.23), en précisant que ce trouble s'était installé le 22 février 2022 à la suite de l'annonce de la baisse de son taux d'emploi par l'employeur, qui était apparemment à l'origine de l'incapacité totale de travail attestée depuis cette date. Le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail était une personnalité avec traits émotionnellement immatures, impulsifs, évitants et narcissiques accentués (Z73.1), présente depuis l'adolescence. Selon le Dr F._____, d'un point de vue purement psychiatrique, l'assuré était capable, en mobilisant toute sa bonne volonté, et en définissant des priorités, de reprendre le travail progressivement, à 50 % dès le jour de l'examen, puis à 80 % dès le 1^{er} septembre 2022 et à 100 % à compter du 1^{er} octobre 2022. Le pronostic à moyen à long terme était favorable au vu de la rémission partielle des symptômes psychiques et de leur nature clairement réactionnelle, de l'anamnèse psychiatrique vide de l'assuré et de son niveau de fonctionnement psychosocial stable jusqu'à présent. Le psychiatre notait toutefois comme facteurs de pronostic plutôt négatif la grande demande de reconnaissance par l'assuré de sa souffrance, son fort sentiment de colère et une nette tendance à la victimation et à l'évitement, ainsi que les traits accentués de sa personnalité et ses perspectives professionnelles encore incertaines. S'agissant du traitement mis en place par le psychiatre traitant, il l'estimait adapté mais relevait

que le refus catégorique de l'expertisé de se soumettre à une prise de sang permettant de contrôler le taux plasmatique de l'antidépresseur le jour de l'examen suscitait un certain doute quant à la bonne compliance médicamenteuse. Les limitations fonctionnelles étaient une certaine fatigabilité et fragilité psychique impliquant un rendement réduit, ce qui justifiait une reprise progressive du travail. Il n'y avait cependant, selon l'expert, pas de limitation spécifique à définir, toute activité correspondant à l'âge et à la formation de l'assuré étant exigible immédiatement selon le schéma décrit.

Par courrier du 25 août 2022, la Caisse a fait savoir à l'assuré qu'au vu des éléments médicaux en sa possession, elle le considérait comme apte à reprendre le travail à 50 % dès le 1^{er} septembre 2022, à 80 % dès le 1^{er} octobre 2022 et à 100 % dès le 1^{er} novembre 2022 et cesserait le versement des prestations à compter de cette date.

Le 16 septembre 2022, le Dr L._____ a adressé un rapport au médecin-conseil de la Caisse, intitulé « réponse à l'expertise médicale » et rédigé en ces termes :

« Chère consœur, Cher confère,

Monsieur B._____ continue à présenter un épisode dépressif majeur modéré à sévère qui ne s'est que partiellement amélioré avec les traitements introduits.

De ce fait, il n'est pas en mesure de reprendre une activité professionnelle même à temps partiel en raison de ses symptômes anxiodépressifs invalidants.

Dans l'attente que vous preniez bien note de qui précède, je vous prie d'agréer, Chère consœur, Cher confrère, l'expression de mes salutations distinguées. »

Le 29 septembre 2022, sur demande de la Caisse, le Dr F._____ a complété son expertise après avoir pris connaissance des observations du Dr L._____. Il a relevé en particulier que tous les symptômes anxiodépressifs développés par l'assuré à la suite de son litige avec son employeur étaient déjà présents lors de l'examen d'expertise et que ces symptômes étaient clairement à considérer comme un trouble de l'adaptation et non comme un épisode dépressif majeur au sens d'une

véritable psychose affective. L'expert a en outre déploré le fait que le Dr L._____ ne se soit pas prononcé sur le refus opposé par l'assuré devant le contrôle du taux plasmatique de l'antidépresseur. Il a finalement constaté que le dernier rapport du psychiatre traitant ne contenait aucune nouvelle information ni aucun élément médical l'autorisant à revenir sur les conclusions de son expertise.

Par décision du 1^{er} novembre 2022, la Caisse, faisant siennes les conclusions du Dr F._____, a confirmé qu'elle considérait l'assuré comme étant apte à reprendre son activité habituelle à 50 % dès le 1^{er} septembre 2022, à 50 % dès le 1^{er} octobre 2022 et à 100 % dès le 1^{er} novembre 2022 et qu'elle cessait le versement des prestations dès ce jour.

Par pli du 15 novembre 2022, l'assuré s'est opposé à cette décision, concluant à ce que les indemnités journalières maladie pour la période du 1^{er} septembre au 31 octobre 2022 lui soient versées en entier. Il a fait valoir en substance que la décision de la Caisse s'était fondée sur une « simple visite d'environ 40 minutes » et que de l'avis de son psychiatre traitant et selon son ressenti personnel, il devait en premier lieu prendre soin de sa santé et n'était pas apte à reprendre le travail. Il a en outre indiqué qu'il avait perdu son emploi et s'était retrouvé depuis au chômage.

Par décision sur opposition du 16 janvier 2023, la Caisse a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 1^{er} novembre 2022. Elle a tout d'abord rappelé que, selon la jurisprudence, la durée n'était pas un facteur déterminant pour juger de la valeur probante d'une expertise, en particulier dans la mesure où le rapport du Dr F._____ avait suffisamment motivé ses conclusions et, contrairement à ce que soutenait l'assuré, ne s'était pas contenté des renseignements récoltés durant l'entretien mais s'était également fondé sur l'entier du dossier médical à sa disposition. La Caisse a au surplus estimé qu'aucun indice concret ne permettait de remettre en cause la fiabilité du rapport de l'expert, qui avait pleine valeur probante.

B. Par acte du 15 février 2023, B._____, représenté par le Syndicat Unia Région Vaud, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que son incapacité de travail totale pour la période du 1^{er} septembre au 31 octobre 2022 était reconnue et les indemnités journalières correspondantes versées et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour investigation complémentaire. En substance, il a relevé que lorsque l'intimée a réduit puis supprimé les indemnités journalières, il se trouvait encore en incapacité de travail totale attestée par le Dr L._____, psychiatre qu'il consulte hebdomadairement depuis mars 2022. Il a ajouté que son psychiatre traitant avait posé des diagnostics différents de ceux retenus par le Dr F._____. Pour le recourant, les deux médecins psychiatres avaient des opinions divergentes, tant au niveau du diagnostic que de la capacité de travail, ce alors même que le Dr L._____, qui avait une pleine connaissance du dossier, avait établi un rapport précis le 9 mai 2022 qu'il avait confirmé en septembre 2022. Pour sa part, le Dr F._____ ne l'avait vu que durant « environ une demi-heure », et ne fondait pas sa position sur des principes scientifiques, paraissant avoir écarté d'office le certificat du médecin traitant.

Dans sa réponse du 24 avril 2023, l'intimée, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours. Elle a relevé en particulier que le rapport d'expertise du Dr F._____ était pleinement probant et que l'appréciation du Dr L._____ n'était pas décisive dans la mesure où elle était dénuée de motivation.

Par acte du 28 juin 2023, le recourant a maintenu ses conclusions et s'est au surplus référé à son mémoire de recours.

Le 6 juillet 2023, l'intimée en a fait de même.

Une nouvelle juge instructrice a repris le dossier le 31 octobre 2024.

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.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie entières pour les mois de septembre et octobre 2022, en lieu et place d'indemnités à hauteur de 50 % pour le mois de septembre et de 20 % pour le mois d'octobre 2022.

3. a) Aux termes de l'art. 67 al. 1 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.

L'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal est une assurance de perte de gain (arrêts TF 9C_131/2020 du 5 mai 2020 consid. 3.2 et les références citées ;

9C_332/2007 du 29 mai 2008 consid. 1.1). Le droit à une indemnité journalière est donc subordonné à ce que l'ayant droit subisse une perte de salaire ou de gain effective en raison d'une atteinte à la santé due à une maladie (TF 9C_131/2020 du 5 mai 2020 consid. 3.2 et les références citées).

b) D'après 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 (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 6 LPGA, 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.

4. a) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

5. a) En l'espèce, l'intimée fonde sa décision sur l'appréciation de l'état de santé de l'assuré faite par le Dr F._____ dans son rapport d'expertise du 22 juillet 2022. Elle a ainsi considéré que le recourant était apte à reprendre son activité professionnelle habituelle à 50 % dès le 1^{er} septembre 2022, à 80 % dès le 1^{er} octobre 2022, et à 100% dès le 1^{er} novembre 2022. Elle a versé les prestations correspondantes, à hauteur

de 50 % en septembre, 20 % en octobre et mis fin au versement dès novembre 2022.

Le recourant fait valoir pour sa part que lorsque l'intimée a réduit les indemnités journalières, il se trouvait encore en incapacité de travail totale attestée par le Dr L._____, qui avait par ailleurs posé des diagnostics différents de ceux retenus par l'expert et avait une pleine connaissance du dossier. Le recourant ne conteste pas être apte à reprendre le travail à plein temps dès le 1^{er} novembre 2022 ni la cessation du versement des prestations par l'intimée dès cette date, de sorte que seuls sont litigieuses les indemnités journalières pour les mois de septembre et octobre 2022.

b) L'expertise du Dr F._____ remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle est en effet bien étayée, claire et dénuée de contradictions. Le Dr F._____ a procédé à un examen clinique complet du recourant. Il a ainsi posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (F43.23). Il a également mentionné le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de personnalité avec traits émotionnellement immatures, impulsifs, évitants et narcissiques accentués (Z73.1). Dans le cadre de la rédaction de son rapport, il a pris en compte les rapports médicaux au dossier, il a dressé une anamnèse psychosociale, professionnelle, psychiatrique et somatique. Il a en outre tenu compte des plaintes du recourant, l'a notamment interrogé sur le déroulement de ses journées et a procédé à des tests psychométriques. Le Dr F._____ a parfaitement étayé les raisons le conduisant à retenir les diagnostics et traits de personnalité de l'assuré. Ce médecin spécialiste a ainsi exposé de manière claire et convaincante les raisons le conduisant à retenir que le recourant était apte à reprendre son activité professionnelle habituelle à 50 % dès le jour de l'examen, à 80 % dès le 1^{er} septembre 2022, et à 100 % dès le 1^{er} octobre 2022, en tenant compte de son examen de l'intéressé, ainsi que des certificats et rapports établis par le psychiatre traitant.

Les conclusions de l'expert ne sont pas sérieusement remises en cause. Le Dr L._____ ne motive en effet pas les raisons pour lesquelles il retient d'abord le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) (rapport du 9 mai 2022), puis celui d'épisode dépressif majeur modéré à sévère (rapport du 16 septembre 2022), ni les motifs pour lesquels la capacité de travail de son patient serait nulle. Le psychiatre traitant ne détaille aucun des symptômes anxiodépressifs mentionnés dans son second rapport, et ne se prononce au demeurant pas quant au refus de l'assuré de se soumettre à l'examen permettant de vérifier sa bonne compliance médicamenteuse. A cela s'ajoute le fait que le rapport du Dr L._____ du 16 septembre 2022, dans lequel celui-ci n'expose pas pour quel motif son avis diffère de celui de l'expert, a été soumis au Dr F._____, lequel a pris le soin de prendre position à son sujet dans un complément d'expertise du 29 septembre 2022, dont il y a lieu ici encore de constater le caractère complet et fouillé.

Le recourant fait en outre grief au Dr F._____ de ne l'avoir vu que durant un entretien qui a duré « environ trente minutes ». Si la durée effective de l'entretien du 20 juillet 2022 était en réalité de quarante-cinq minutes (de 14h25 à 15h10, selon le rapport d'expertise du 22 juillet 2022), on rappellera, à cet égard, que la durée de l'examen d'expertise n'est pas, en soi, un critère de la valeur probante d'un rapport médical (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 ; 9C_542/2020 du 16 décembre 2020 consid. 7.4 et les références citées). Cette critique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consistait à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (idem).

c) En conclusion, c'est à juste titre que l'intimée s'est fondée sur le rapport d'expertise du Dr F._____ et a presté à hauteur de 50 % pour le mois de septembre 2022, respectivement de 20 % pour octobre 2022.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA).

Le recourant ne saurait prétendre à des dépens dès lors qu'il n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). L'intimée, qui a agi en qualité d'institution chargée de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323), n'y a pas davantage droit.

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 16 janvier 2023 par G. _____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Syndicat Unia Région Vaud, pour B. _____,
- Me Didier Elsig, pour G. _____,
- 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).

Le greffier :