

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 janvier 2024

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Neu et Wiedler, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant,

et

M. _____, à [...], intimée.

Art. 3, 6 et 43 LPGA ; art. 67 et 71 LAMal

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 196[...], a été employé en qualité d'ouvrier manœuvre dans le génie civil à compter du 1^{er} mai 2020 auprès de P._____ SA (ci-après : l'employeur). Par le biais d'un contrat collectif conclu par son employeur, il bénéficie d'une assurance perte de gain maladie auprès de M._____, société qui fait partie du X._____ SA.

Le 14 février 2022, l'employeur a annoncé à M._____ que l'assuré était en incapacité de travail totale depuis le 8 novembre 2021 pour cause de maladie et a transmis les certificats médicaux y relatifs. M._____ a pris en charge le versement d'indemnités journalières en faveur de l'assuré.

Il résulte des pièces au dossier que, dans un rapport du 18 novembre 2021, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, a posé le diagnostic de maladie coronarienne avec atteinte hémodynamique significative du tronc commun pour laquelle une intervention était fortement indiquée. Ce médecin a ainsi réalisé le 10 décembre 2021 une double revascularisation myocardique par pontage en Y mammaire sur l'interventriculaire antérieure et la première marginale de la circonflexe, à cœur battant. Il a noté dans sa lettre de sortie du 17 décembre 2021 que l'évolution finale avait été favorable et qu'un contrôle en sa consultation serait utile à la sixième semaine postopératoire en plus d'un éventuel suivi auprès d'un cardiologue.

L'assuré a ensuite effectué un séjour dans le service de réadaptation cardiovasculaire de la Clinique C._____ du 17 décembre 2021 au 6 janvier 2022, à l'issue duquel le médecin spécialiste en cardiologie D._____ a constaté une amélioration de la capacité fonctionnelle, mais a recommandé un suivi clinique avec adaptation du traitement. Ce médecin a en outre noté la présence d'un trouble anxieux important lié à l'intervention, rappelant un événement traumatique dans le cadre d'un accident de la voie publique datant d'une

vingtaine d'années, traité par un suivi psychologique individuel avec une amélioration des symptômes durant l'hospitalisation.

Lors de la consultation du 17 janvier 2022, le Dr B._____ a qualifié l'évolution postopératoire après six semaines de satisfaisante et a indiqué que le suivi se poursuivrait auprès du cardiologue E._____. Ce dernier a vu le patient le 19 janvier 2022 et a observé une évolution favorable ; il a maintenu l'arrêt de travail jusqu'au 27 février 2022 et indiqué une reprise à 50 % dès le 28 février 2022 pour une durée d'un mois, en précisant qu'une reprise à plein temps serait envisageable par la suite en cas de bonne évolution clinique. Cette reprise n'a cependant pas pu avoir lieu, le médecin traitant, spécialiste en médecine interne générale, le Dr F._____, ayant prolongé l'arrêt de travail à plusieurs reprises par la suite.

Le 28 juin 2022, suivant le conseil de M._____, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance invalidité (ci-après : OAI).

Le 2 septembre 2022, l'assuré a refusé la mesure de soutien à la réinsertion professionnelle proposée par l'OAI dans le cadre de l'intervention précoce.

Dans l'intervalle, le 21 juillet 2022, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil du X._____ SA, a examiné l'assuré et son dossier médical avant de conclure que l'assuré avait recouvré une capacité de travail théorique en tant qu'ouvrier manœuvre en génie civil, ajoutant que l'intéressé était réfractaire à une reprise dans n'importe quelle activité pour des raisons de surcharge psychologique très certainement liée à une anxiété postopératoire. Il a noté que le suivi auprès d'un psychiatre, le Dr H._____, avait été interrompu après deux séances. Il a suggéré à l'assuré de s'adresser à son médecin traitant afin d'organiser un contrôle cardiologique complet auprès du Dr E._____ permettant de mettre en évidence la bonne récupération postopératoire de son affection cardiaque et destiné à le rassurer. Sans

nouvelles d'ici à la fin du mois de septembre 2022, il proposerait à M. _____ la mise en œuvre d'une expertise cardiologique.

Afin de pouvoir se déterminer sur la suite du droit à l'indemnité journalière pour perte de gain, M. _____ a mis en œuvre une expertise cardiologique réalisée par le Dr I. _____, spécialiste en cardiologie, le 1^{er} mars 2023. Dans son rapport du 16 mars 2023, l'expert a retenu que le status après double pontage aorto-coronarien chez un patient fonctionnant correctement actuellement, sans séquelles au niveau de la fonction ventriculaire gauche n'avait pas d'effet direct objectif sur la capacité de travail. Il a noté que l'assuré disait ne pas pouvoir reprendre son activité essentiellement pour des raisons de surcharge psychologique et d'anxiété postopératoire, ajoutant que l'assuré se plaignait en outre de douleurs thoraciques plutôt atypiques et de palpitations. Or l'examen révélait une évolution favorable sans apparition de signes d'insuffisance cardiaque, d'arythmie ou d'angor. L'expert a ainsi relevé qu'il existait une certaine discordance entre les troubles de la sphère cardiaque invoqués par le patient et les données objectives mises en évidence. Le diagnostic à évoquer ayant un effet sur la capacité de travail en l'état était clairement un problème psychique sous forme d'un état d'angoisse rendant le patient réfractaire à la reprise du travail de chantier, après un événement cardiaque entraînant une détérioration du bien-être mental et une diminution de la qualité de vie. Il a ajouté que dans la mesure où la prise en charge psychiatrique avait été probablement insuffisante, les symptômes avaient persisté après le pontage et étaient devenus chroniques. Le but des actes psychothérapeutiques était que le patient reprît confiance en son corps et son cœur, améliorât sa qualité de vie et pût participer à la vie de tous les jours, étant précisé que le versant psychiatrique pouvait à son tour altérer la santé cardiaque via des mécanismes directs ou indirects.

Dans son avis du 16 mars 2023, le Dr G. _____ a conclu à une entière capacité de travail, sur le plan cardiologique, dans l'activité exercée, relevant qu'un soutien psychologique parallèle à la reprise du travail était nécessaire.

Se fondant sur les conclusions de l'expertise et de son médecin-conseil, M. _____ a, par décision du 21 mars 2023, mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mars 2023, au motif qu'une reprise du travail à 100 % était envisageable à compter du 16 mars 2023. Elle a ajouté qu'un soutien psychothérapeutique était nécessaire pour consolider la reprise du travail.

Le contrat de travail de l'assuré a toutefois été résilié, celui-ci étant au bénéfice du revenu d'insertion depuis le 1^{er} avril 2023.

La dernière attestation d'incapacité de travail signée par le Dr F. _____ concernait la période du 1^{er} au 12 avril 2023.

Le 12 avril 2023, le Dr H. _____ a attesté que l'assuré était suivi au Centre N. _____ depuis le 3 mars 2022 et que son état de santé nécessitait une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique soutenue et régulière. Il a attesté d'une incapacité de travail dès le 12 avril 2023 jusqu'au 10 mai 2023 (à réévaluer).

L'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision du 21 mars 2023 en se prévalant de son état de santé psychique.

Il a été hospitalisé auprès du Centre N. _____ du 10 au 19 mai 2023 après une admission volontaire à la demande du Dr H. _____ dans le contexte d'un fléchissement thymique avec idéations suicidaires scénarisées par défenestration en péjoration depuis la semaine précédente lorsque l'assuré avait été licencié. Dans leur rapport du 22 mai 2023, les Drs K. _____, chef de clinique, et L. _____, médecin assistant, ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), le patient présentant une thymie triste, une forte anhédonie et aboulie, des angoisses ainsi que des idéations suicidaires. Ils ont précisé que la symptomatologie dépressive existait depuis l'opération de 2021, mais que le facteur de crise ayant mené à l'hospitalisation consistait en une réaction de très forte colère de l'assuré

à la suite d'un entretien avec les services sociaux qui lui avaient transmis qu'il toucherait 600 fr. par mois après la fin de ses indemnités de perte de gain. Le changement entre son statut d'homme actif et pourvoyeur d'entretien de sa famille avant l'opération et sa situation actuelle dépendant de l'aide sociale et de ses enfants provoquait chez lui une très grande souffrance. Vu l'absence d'idée suicidaire, après une amélioration de la symptomatologie anxio-dépressive avec une reprise du suivi en place, l'assuré a quitté l'établissement dans un état psychique stabilisé.

Par décision sur opposition du 3 juillet 2023, M. _____ a maintenu la cessation du versement des indemnités au 31 mars 2023. Elle a retenu que, sur le plan cardiologique, une capacité de travail de 50 % existait déjà depuis le 28 février 2022 et de 100 % dès le 21 juillet 2022. Sur le plan psychiatrique, elle a considéré que le psychiatre traitant n'avait attesté d'une incapacité de travail qu'à partir du 12 avril 2023, quand bien même le suivi existait déjà depuis le mois de mars 2022 de sorte qu'aucune incapacité de travail du point de vue psychiatrique n'était démontrée avant la fin des prestations fixée au 31 mars 2023. L'assuré n'avait au demeurant pas produit de rapport médical détaillé et pertinent. En outre, M. _____ a noté l'absence de compliance médicamenteuse relevée le 22 mai 2023 par les psychiatres du Centre N. _____ après vérification du dosage médicamenteux, puis a écarté le rapport de ces médecins pour le surplus dès lors qu'il faisait état d'un changement de situation survenu après la décision, non sans observer qu'ils n'attestaient de toute manière d'aucune incapacité de travail.

B. Par acte du 1^{er} septembre 2023, A. _____ a recouru par devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens que l'intimée doit poursuivre le versement des indemnités journalières et toutes autres prestations au-delà du 31 mars 2023, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour expertise psychiatrique. Il fait valoir en substance que ses troubles psychiatriques n'ont pas fait l'objet d'une instruction suffisante.

Par réponse du 13 octobre 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle se prévaut de la force probante de l'expertise cardiologique et du fait que les rapports des psychiatres ne remettaient pas en cause les éléments médicaux ayant fondé la décision, ajoutant que la prise en charge psychologique était peu claire notamment quant à ses motifs. L'hospitalisation survenue après le licenciement pourrait tout au plus justifier un nouveau cas de maladie sortant du cadre du litige.

Dans ses déterminations du 7 novembre 2023, le recourant a confirmé les conclusions de son recours, faisant valoir que l'OAI avait estimé qu'il n'était pas envisageable de mettre en place des mesures de réadaptation d'ordre professionnel et reprochant à l'intimée d'avoir forgé son appréciation uniquement sur le rapport d'expertise cardiologique.

Dans son écriture du 22 novembre 2023, l'intimée a maintenu sa position, rappelant que le recourant avait refusé la réinsertion professionnelle proposée par l'OAI de sorte qu'il avait failli à son devoir de diminuer le dommage.

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 du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 38 al. 4 let. b et 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 31 mars 2023, 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) 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, première phrase,

LAMal). Les contractants peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité (al. 1). Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (al. 2). Il est admis qu'une incapacité de travail inférieure à 50% soit indemnisée lorsque les conditions générales de l'assureur le prévoient ou lorsque cela a été expressément convenu avec le preneur d'assurance.

Aux termes de l'art. 5 des Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal, édition au 1^{er} janvier 2011, du X. _____ SA (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. Selon la jurisprudence, le degré d'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, 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 ; TF 9C_511/2021 du 25 janvier 2022 consid. 2.2). Ce principe a été codifié à l'art. 6, deuxième 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. En ce sens, l'assurance d'indemnités journalières n'assure l'incapacité de travail que dans les

limites posées par l'obligation de diminuer le dommage (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n. 1461, pp. 841-842).

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).

Puis l'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal est une assurance de perte de gain (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) 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, 3^e 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 l'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).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). 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 352 consid. 3b et 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1 ; 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

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).

4. En l'espèce, l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mars 2023, au motif qu'une reprise du travail à 100 % était envisageable à compter du 1^{er} avril 2023, voir même avant cette date. Elle fonde sa décision sur le rapport d'expertise du 16 mars 2023 du Dr I._____. Elle semble relever en outre que les indemnités journalières auraient dû de toute manière cesser au 31 mars 2023, soit au terme du 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 2023 justifierait déjà la cessation des indemnités journalières à cette date.

Il n'est pas contesté que les rapports de travail ont pris fin au 31 mars 2023 et que les Conditions générales du X._____ SA prévoient, à leur 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, sous réserve du droit au libre passage. 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, première phrase, LAMal, de sorte que ce dernier reste affilié dans l'assurance collective (cf. art. 71 al. 1, deuxième 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.

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 le fait que le recourant a récupéré sa capacité de travail.

b) Il s'agit donc d'examiner si et dans quelle mesure le recourant a recouvré sa capacité de travail au 31 mars 2023.

Il n'est à juste titre pas contesté que le recourant a récupéré une pleine capacité de travail sur le plan cardiologique, comme l'a retenu l'expert en cardiologie dans son rapport qui n'est pas remis en cause par le cardiologue traitant du recourant, ni par le recourant lui-même, et peut se voir reconnaître toute valeur probante.

Le recourant invoque en revanche que son état de santé psychiatrique n'a pas été investigué alors que le cardiologue avait déjà évoqué un stress post-traumatique qui pouvait avoir un effet sur la capacité de travail et que tant son psychiatre traitant que les psychiatres du Centre N._____ ont confirmé l'existence d'une atteinte invalidante sur ce plan.

Ce grief est bien fondé. En effet, dès le séjour dans le service de réadaptation cardiovasculaire de la Clinique C._____ du 17 décembre 2021 au 6 janvier 2022, le Dr D._____ a noté la présence d'un trouble anxieux important lié à l'intervention et traité par un suivi psychologique individuel. Puis, lors de son examen au mois de juillet 2022, le Dr G._____ a relevé que l'assuré était réfractaire à une reprise dans n'importe quelle activité pour des raisons de surcharge psychologique très certainement liée à une anxiété postopératoire. Il a noté que le suivi auprès du psychiatre H._____ avait été interrompu après deux séances mais on ne retrouve nulle trace d'une éventuelle interpellation du psychiatre traitant à ce sujet et il semblerait que le suivi a perduré par la

suite. On ne voit pas non plus sur quelle base le Dr G._____ a retenu au mois de mars 2023 qu'un simple soutien psychologique parallèle à la reprise du travail serait suffisant alors qu'à ce moment aucune mesure d'instruction n'avait été menée afin de déterminer si un traitement psychiatrique était en cours. Le Dr I._____ a également mis en évidence que le diagnostic à évoquer ayant un effet sur la capacité de travail en l'état était clairement un problème psychique sous forme d'un état d'angoisse rendant le patient réfractaire à la reprise du travail de chantier, après un événement cardiaque entraînant une détérioration du bien-être mental et une diminution de la qualité de vie. Il a ajouté que les symptômes avaient persisté après le pontage et étaient devenus chroniques dans la mesure où la prise en charge psychiatrique avait été probablement insuffisante.

L'atteinte psychiatrique initiale paraît ainsi en lien avec l'atteinte cardiologique de sorte que c'est à tort que l'intimée a considéré sans autre investigation qu'elle ne relevait pas de la même cause. Certes d'autres événements, tel que le licenciement, peuvent ensuite avoir exacerbé les symptômes de cette atteinte et avoir conduit à l'hospitalisation du recourant, mais il n'en demeure pas moins que des éléments au dossier laissent penser qu'un trouble psychiatrique existait dès les suites de l'opération et qu'il a eu un effet sur la capacité de travail. Il est possible que le trouble initial n'eût plus d'effet incapacitant à la date du 31 mars 2023 et qu'une nouvelle affection soit survenue à la suite du licenciement, mais les pièces au dossier ne permettent pas de le constater en l'absence de renseignements précis sur l'évolution de l'atteinte psychiatrique depuis début 2022. A défaut d'indication claire, on ignore si le trouble psychiatrique a été pris en charge de manière adéquate, si et dans quelle mesure il a été invalidant et s'il l'a été au-delà du 31 mars 2023, puisque le psychiatre traitant n'a pas été interpellé sur ces points, ce qui relevait pourtant du devoir d'instruction de l'intimée. Cette dernière ne pouvait pas se limiter à constater en l'état du dossier que la prise en charge n'était pas claire et qu'aucune incapacité de travail n'avait été attestée par le psychiatre traitant avant le 12 avril 2023 alors qu'il est probable que le recourant n'a pas eu besoin de demander une telle

attestation à son psychiatre traitant puisqu'une incapacité de travail avait d'ores et déjà été reconnue jusqu'à cette date en raison de l'atteinte cardiologique.

Ainsi il résulte du dossier qu'un suivi psychiatrique était en place dès le mois de mars 2022 et que le soupçon d'un trouble psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail avait d'emblée été émis par les autres médecins. Un diagnostic a finalement été posé par un spécialiste en psychiatrie confirmant l'existence d'un trouble. Il est lieu d'ajouter que les rapports médicaux des psychiatres ont été produits avant la décision sur opposition et sont dès lors recevables, contrairement à ce que semble affirmer l'intimée. Cela étant les rapports au dossier ne suffisent pas pour déterminer les éventuels effets de cette atteinte sur la capacité de travail qui doit être appréciée au terme d'une procédure probatoire structurée (cf. consid. 3d ci-dessus). Or il appartenait à l'intimée de procéder aux investigations nécessaires avant d'examiner la situation à la lumière des indicateurs prévus par la jurisprudence.

c) La cause doit par conséquent être renvoyée à l'intimée pour complément d'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). L'intimée devra compléter le dossier en requérant un rapport auprès du psychiatre traitant et, cas échéant, en mettant en œuvre une expertise psychiatrique, qui devra notamment se prononcer sur l'évolution de la maladie psychiatrique et de la capacité de travail du recourant au-delà du 31 mars 2023. Il appartiendra ensuite à l'intimée de rendre une nouvelle décision.

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à M. _____ 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 3 juillet 2023 par M. _____ 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 :

Le greffier :

Du

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

- A. _____ (recourant),
- M. _____ (intimée),
- 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 :