

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juillet 2026

Composition : Mme PASCHE, présidente
 M. Neu, juge, et Mme Boesch, assesseure
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à U***, recourante, représentée par Me John-David Burdet,
avocat à Lausanne,

et

PHILOS ASSURANCE MALADIE SA, à Martigny, intimée.

Art. 29 Cst. ; 6, 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 67 al. 1 et 72 al. 2 LAMal

En fait :

A. **a)** B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, est employée en qualité d'assistante administrative depuis le 1^{er} mai 2020 par la société G._____ SA, active dans le domaine de la construction. A ce titre, elle est assurée auprès de Philos Assurance Maladie SA (ci-après : Philos ou l'intimée) contre la perte de gain en cas de maladie selon la LAMal, par le biais d'un contrat d'assurance collective d'indemnité journalière de la Fédération vaudoise des entrepreneurs, donnant droit à 80 % du salaire durant au maximum 730 jours dans une période de 900 jours, avec délai d'attente de 30 jours.

b) Le 26 janvier 2021, l'assurée a chuté à ski et sa cheville gauche s'est fracturée. Cet accident a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), assureur LAA.

Dans un rapport du 10 août 2022, le Dr J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a rappelé les antécédents médicaux de l'assurée et le fait qu'elle n'avait jamais souhaité d'infiltration ni intra- ni extra-articulaire au niveau de son genou gauche. En raison de douleurs stagnantes, tant au niveau du genou que de la cheville, divers traitements anti-inflammatoires avaient été testés sans effet franc positif, tout comme la physiothérapie. En parallèle, l'intéressée avait décompensé des douleurs lombaires en raison d'un trouble statique induit par ses douleurs du membre inférieur gauche dans le contexte d'un dos dégénératif. Une IRM (imagerie par résonance magnétique) de la cheville gauche en mai 2022 avait mis en évidence une intégralité des ligaments de ce membre, sans autre anomalie susceptible d'expliquer la symptomatologie douloureuse persistante, hormis un œdème et une inflammation du sinus du tarse. Globalement, la situation était compliquée car l'assurée ne souhaitait pas suivre les traitements proposés (infiltrations) pour tenter d'améliorer sa situation. Elle s'était vu expliquer la nécessité de reprendre impérativement le travail, surtout dans des tâches administratives, en évitant d'aller sur le terrain, raison pour laquelle elle avait pu reprendre à mi-temps depuis le

18 avril 2022. L'arrêt de travail avait été prolongé jusqu'au 16 août 2022, date de la prochaine consultation.

Dans un rapport du 23 février 2023 consécutif à une consultation de l'assurée le 21 février 2023, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a posé les diagnostics de douleurs chroniques de décompensation post-accident et déconditionnement global, de fracture Weber B à gauche le 26 janvier 2021, d'arthrose débutante de la cheville gauche, de suspicion de syndrome du sinus tarsi gauche, de gonalgie gauche (déchirure stable corne post-moy. des ménisques interne et externe + chondropathie FTI grade II) et de lombalgie chronique avec troubles dégénératifs pluri-étagés. Ce médecin a indiqué que l'assurée présentait un déconditionnement global et lui a expliqué qu'un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) lui aurait été bénéfique à l'époque. Il l'a rassurée sur les avantages des infiltrations alors que l'intéressée était angoissée par rapport aux effets indésirables de la piqûre en elle-même. Le Dr K._____ n'avait pas de solution chirurgicale à proposer, avec la précision que des précautions étaient nécessaires dès lors que toute opération pourrait avoir un « effet de donner un coup de pied dans la fourmilière et d'aggraver une situation déjà précaire ». L'assurée était adressée auprès du *Swiss Pain Institute* afin d'être évaluée de manière interdisciplinaire et de rediscuter du traitement par infiltration.

Par rapport d'examen médical du 17 mai 2023, la Dre P._____, médecin praticien, médecin d'arrondissement de la CNA, a posé les diagnostics de douleurs d'allure mécanique de la malléole externe gauche dans les suites d'une fracture Weber B le 26 janvier 2021 ayant été traitée conservativement avec une arthrose débutante de la cheville gauche et de suspicion de syndrome du sinus du tarse gauche. Les diagnostics secondaires étaient des gonalgies gauches (déchirure des deux ménisques d'allure dégénérative avec un début de chondropathie fémoro-tibiale interne sur un status en *valgus*), des lombalgies en lien avec une arthrose postérieure L3-L4 bilatérale très importante, L4-L5 bilatérale importante et L2-L3, L5-S1 bilatérales débutantes, ainsi qu'une poussée congestive des

articulations postérieures très importante en L3-L4 des deux côtés. La Dre P._____ a rédigé l'appréciation suivante de la situation :

"[...] Subjectivement, l'assurée déclare des douleurs au niveau de sa cheville gauche aux changements de temps à 6-7/10 et à 8/10, lorsque l'assurée marche plus que 20 minutes, lorsqu'elle monte et descend des escaliers, lorsqu'elle marche en terrain irrégulier, lorsqu'elle sollicite trop sa cheville gauche et porte des poids supérieurs à 5 kg.

Objectivement, on ne constate pas d'amyotrophie manifeste des membres inférieurs et notamment du membre inférieur gauche. On constate un petit comblement au niveau de la fossette devant la malléole externe gauche sans répercussion sur le diamètre de la cheville.

La marche dans le cabinet s'effectue pieds nus sans boiterie d'épargne du membre inférieur gauche, alors que lorsque l'assurée s'est levée de la salle d'attente, durant quelques pas, on constatait une boiterie d'épargne du membre inférieur gauche.

La marche sur les talons et les pointes est déclarée comme difficile mais à notre demande, elle va pouvoir effectuer quelques pas sur les pointes et sur les talons avec des douleurs qui sont déclarées au niveau de la malléole externe.

L'assurée déclare l'appui monopodal sur le membre inférieur gauche impossible, tout comme la position accroupie profonde et la position à genoux.

Lorsque nous examinons l'assurée couchée sur le dos, elle tient ses pointes des pieds dirigées vers le bas avec une flexion plantaire qui varie entre 49° et 62° au repos.

Lorsque nous demandons à l'assurée une flexion dorsale du pied, elle atteint moins de 5° à gauche et environ 8° à droite et lorsque nous demandons une flexion plantaire, il n'y a pas non plus beaucoup de mouvements. L'assurée adopte une position de repos en flexion plantaire qui est variable, rendant difficile les mesures et leur interprétation. Les mesures sont donc difficiles à obtenir chez cette assurée au niveau de la mobilité de la cheville, ce qui rend peu cohérent le tableau clinique, car l'assuré[e] marche sans boiterie dans la salle d'examen et se déplace à pied ou en voiture dans son quotidien.

On notera que, lors de la consultation chez le Dr K._____ le 23.02.2023, il avait retenu comme mobilités de la cheville gauche en flexion/extension 30-0-5°.

Sur le plan médical, la situation est stabilisée pour les seules suites de l'événement du 26.01.2021 et nous pouvons retenir les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche prolongée et/ou répétée, pas de montée/descente d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages, pas de position accroupie ou à genoux, pas de position statique debout et pas de port de charges supérieures à 5 kg de manière prolongée ou répétée.

Dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, la capacité de travail est de 100 % sans diminution de rendement.

Dans l'activité actuelle de l'assurée telle qu'elle nous l'a décrite, nous pouvons considérer que sa capacité de travail n'excède pas 50 % sous réserve de précisions demandées à l'employeur qui retenait une activité uniquement administrative à 100 % avec une marche n'excédant pas quelques centaines de mètres et pas de port de charges. Dans une telle activité, la capacité de travail serait en théorie de 100 %, puisqu'une telle activité paraît adaptée.

[...]

L'assurée ne présente pas de séquelles qui correspondent à un taux d'IpAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] selon les tables d'indemnisations pour atteinte à l'intégrité selon la LAA, puisqu'elle présente une arthrose débutante de sa cheville gauche qui ne correspond à aucun pourcentage dans les tables et notamment dans la table 5.

En cas d'aggravation de l'arthrose et d'une éventuelle rechute, nous pourrions réexaminer ce point-là, car il nous est impossible de nous déterminer maintenant sur une aggravation future ni dans le temps ni en intensité."

c) Par courrier du 22 juin 2023, la CNA a annoncé à l'assurée qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2023 au soir.

d) Par projet de décision du 20 juillet 2023, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) a fait part à l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 31 juillet 2022, puis une demi-rente d'invalidité du 1^{er} août 2022 au 31 août 2023. Selon ses constatations, dès le 15 mai 2023, bien que la capacité de travail de l'intéressée ne dépasse pas 50 % dans son emploi de co-directrice d'administration, une pleine et entière capacité de travail était désormais exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche prolongée et/ou répétée, pas de montée/descente d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages, pas de position accroupie ou à genoux, pas de position statique debout et pas de port de charges supérieures à 5 kg de manière prolongée ou répétée). Retenant que l'assurée pouvait toujours mettre en valeur ses compétences administratives dans une activité sans déplacement sur les chantiers par

exemple, le degré d'invalidité était de 12,16 %, ce qui excluait le maintien du droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 août 2023.

e) Par décision du 6 septembre 2023, la CNA a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité de 15 % à partir du 1^{er} juillet 2023. Sur le plan médical, l'assurance-accidents a retenu que l'intéressée était à même, en ce qui concernait les suites de l'accident, d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie à la condition de ne pas effectuer de marche en terrain irrégulier, de ne pas réaliser de marche prolongée et/ou répétée et d'éviter la montée/descente d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages, la position accroupie ou à genoux, ainsi que la position statique debout, et d'éviter le port de charges supérieures à 5 kg de manière prolongée ou répétée. La CNA n'a pas octroyé à l'assurée d'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

B. Le 5 mars 2025, l'entreprise G._____ SA a annoncé à Philos l'incapacité de travail totale de l'assurée depuis le 1^{er} juillet 2023, avec la précision que depuis le 1^{er} juillet 2023, l'intéressée ne percevait aucune indemnité journalière, la fin du versement des indemnités journalières de la part de la CNA étant intervenue au 30 juin 2023.

Dans un rapport du 28 mars 2025, le Dr J._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques avec lombarthrose, d'arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche, d'arthrose du poignet gauche, d'arthrose de la cheville gauche, de gonarthrose gauche, ainsi que de déconditionnement global et épaule gelée droite. Ce médecin a attesté les incapacités de travail suivantes :

- 100 %, du 6 septembre 2021 au 17 avril 2022 ;
- 50 %, du 18 avril 2022 au 31 octobre 2022 ;
- 100 %, depuis le 1^{er} novembre 2023.

Par courrier du 22 avril 2025, G._____ SA a expliqué à Philos les éléments qui avaient conduit à une déclaration tardive du cas, soit le fait que la CNA avait continué à verser une rente d'invalidité mensuelle après

la fin du service des indemnités journalières au 30 juin 2023, ce qui avait porté à confusion. Selon G. _____ SA, l'assurée demeurait en incapacité de travail pour raisons médicales et ne percevait aucune indemnité journalière, si bien que Philos était invitée à verser les indemnités journalières en faveur de l'assurée à compter du 1^{er} juillet 2023.

Le 20 mai 2025, Philos a reçu copie du dossier LAA de l'assurée.

Par décision du 5 juin 2025, Philos a fait savoir à l'assurée qu'après analyse approfondie, elle rejetait sa demande d'indemnisation en lien avec l'incapacité de travail déclarée dès le 1^{er} juillet 2023. Selon la décision de la CNA, l'intéressée était en mesure d'exercer une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles, ce qui n'impliquait pas que la prise en charge des prestations incombait désormais à l'assurance-maladie.

Le 17 juin 2025, désormais représentée par Me John-David Burdet, l'assurée s'est opposée à cette décision, en faisant valoir qu'elle prétendait au versement des indemnités journalières maladie dès le 8 janvier 2024 car elle était en incapacité de travail totale en raison de maladie depuis lors. Elle estimait que Philos ne pouvait pas se référer à la décision de la CNA rendue en 2023, et qui plus est sans l'avoir fait examiner par un médecin-conseil de Philos. A ses yeux, la situation qui prévalait au 30 juin 2023 n'était pas comparable, dès lors qu'il s'agissait d'un cas d'incapacité bien distinct, fondé sur un accident, et que la justification médicale de la nouvelle incapacité de travail présentée dès le 8 janvier 2024 était liée à la maladie.

Par décision sur opposition du 27 août 2025, Philos a rejeté l'opposition de l'assurée et a confirmé sa décision du 5 juin 2025.

C. Par acte du 25 septembre 2025 (date du timbre postal), B. _____, toujours représentée par Me Burdet, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation, des

indemnités journalières lui étant servies dès le 8 janvier 2024, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimée pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale neutre et indépendante. En premier lieu, elle déplore que l'intimée se soit limitée à comparer le rapport de son médecin traitant du 28 mars 2025 avec celui de la médecin d'arrondissement de la CNA du 17 mai 2023, en faisant fi des certificats établis par le Dr J._____ pour accident jusqu'au 8 janvier 2024, puis pour cause de maladie dès cette date. Elle ajoute qu'aucun assureur ne l'a sommée de reprendre une activité dans un délai approprié, estimant dès lors qu'en l'absence de sommation de reprendre une activité adaptée, les conditions pour un refus de prester fondé sur la possibilité d'exercer une activité adaptée selon la jurisprudence fédérale ne sont pas remplies. En dernier lieu, elle a observé qu'en retenant qu'aucun motif permettant de justifier l'annonce tardive n'avait été invoqué, l'intimée ne tenait pas compte de la confusion invoquée par l'employeur dans son courrier du 22 avril 2025. A titre de mesures d'instruction, elle a requis son audition ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale complète, neutre et indépendante.

Dans sa réponse du 4 novembre 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 19 février 2026, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle s'est prévalu de deux rapports des 6 janvier et 11 février 2026 du Dr J._____. Le premier de ces rapports a la teneur suivante :

“Diagnostics :

- Lombalgies chroniques avec troubles dégénératifs pluriétagés.
- Arthrose de la cheville gauche débutante. Status post-fracture Weber B (cheville gauche le 26.1.2021).
- Gonalgie gauche (déchirure stable méniscale interne et externe, chondropathie du compartiment fémoro-tibial interne de grade II).
- Déconditionnement musculaire.
- Fasciite plantaire à droite.
- Arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche.
- Arthrose scapho-lunaire du poignet gauche avec kyste arthrosynovial, rhizarthrose débutante.
- Capsulite rétractile de l'épaule droite.
- Péritrochantérite bilatérale de hanche.
- Etat dépressif.

Madame Alim souffre de troubles dégénératifs étagés, diffus, ayant entraîné un déconditionnement global et un état dépressif. Dans ce contexte, elle ne semble pas en état ni physique, ni psychologique de reprendre une activité lucrative, quelle qu'elle soit, en raison de son état de santé, même si son poste auprès de son employeur pourrait sembler adéquat.

Actuellement, la position assise est tolérée au maximum 15 minutes, idem pour la station debout ou la marche. Un port de charge supérieur à 5kg de façon répétitive n'est pas réalisable. Elle ne peut pas marche[r] en terrain irrégulier. Elle arrive encore à s'occuper de t[â]ches ménagères légères, avec l'aide de sa femme de ménage et de son mari, mais, par exemple, il lui est impossible de passer l'aspirateur. Elle peut encore cuisiner.

Elle ne perd pas l'espoir de peut-être pouvoir reprendre le travail à 50% durant l'année 2026 cependant."

Dans son rapport du 11 février 2026, le Dr J._____ a décrit une péjoration de la situation en indiquant que la recourante se plaignait désormais de décompensation douloureuse au niveau de son coude droit et de l'épicondyle, ainsi que de nouvelles douleurs de type sciatalgie du compartiment externe du genou droit. Dans le contexte d'un déconditionnement physique majeur et d'un état dépressif, le Dr J._____ n'imaginait pas un instant que l'intéressée puisse reprendre le travail après deux ans d'arrêt complet ou presque. Il ajoutait que la recourante ne s'imaginait plus travailler non plus. Le médecin traitant avait prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 28 février 2026.

La recourante a pour le surplus maintenu ses réquisitions, et a sollicité encore l'audition d'un collaborateur de l'intimée.

Par duplique du 23 mars 2026, l'intimée a une nouvelle fois conclu au rejet du recours. Elle a produit un rapport du 5 mars 2026 du Dr BD._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin-conseil de Philos, observant que le médecin traitant confirmait une incapacité de travail totale et définitive, sans mention d'un nouvel examen physique pour motiver son avis. Selon le médecin-conseil, il convenait de s'en tenir à l'évaluation effectuée par l'assurance-accidents, sans la nécessité d'une nouvelle expertise maladie.

Le 30 mars 2026, la recourante a informé qu'elle n'avait pas d'autres observations à formuler sur la duplique de l'intimée, dont le contenu était contesté et qui n'apportait aucun nouvel élément.

En droit :

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 de la recourante à des indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie selon la LAMal en lien avec l'incapacité de travail totale annoncée le 5 mars 2025 à compter du 1^{er} juillet 2023, respectivement à compter du 8 janvier 2024.

3. a) La LAMal régit l'assurance-maladie sociale qui comprend l'assurance-maladie obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières.

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 l'âge de 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur.

b) Le personnel de la société G._____ SA est au bénéfice d'une protection d'assurance par le biais de l'assurance collective perte de gain maladie de la Fédération vaudoise des entrepreneurs ([FVE] ; contrat n° ***).

Les Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal BE (BEGM02 F11 – édition 01.01.2011) prévoient notamment à leur article premier que l'assureur accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité de travail résultant notamment de la maladie, de la maternité et de l'accident pour autant que ce risque soit inclus dans le contrat. Selon l'art. 7 de ces conditions générales d'assurance, l'indemnité journalière est versée pour une ou plusieurs incapacités de travail durant 730 jours dans une période de 900 jours (al. 1), les délais d'attente à charge de l'employeur étant imputés sur la durée du droit aux prestations (al. 2).

Selon l'art. 72 al. 2 LAMal, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA). Les conditions générales d'assurance précitées prévoient le versement d'une indemnité journalière en cas d'incapacité de travail à partir de 25 % (art. 13 al. 1).

c) 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.

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_253/2024 du 17 octobre 2024 consid. 3.2 ; 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 qui peut être exigée de l'assuré 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).

d) 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 pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi. L'assuré qui ne s'est pas conformé à son obligation de diminuer le dommage risque la réduction ou la déchéance du droit aux prestations (art. 21 al. 4 LPGA). Il est en effet de jurisprudence constante qu'un assuré qui demande des prestations doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son incapacité de travail ou de son invalidité (ATF 138 I 205 consid. 3.2).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 3).

b) 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) Dans un premier moyen, la recourante déplore que le caractère tardif de l'annonce de l'incapacité de travail n'ait pas été traité dans la décision, ni dans la décision sur opposition.

b) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu

garantit notamment à chaque personne le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et les références).

c) Selon l'art. 13 ch. 4 des Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal BE, en cas d'incapacité de travail totale ou partielle d'un assuré, l'employeur doit en informer l'assureur dans un délai de 7 jours à compter du début de l'interruption de travail et ce par l'intermédiaire d'un certificat médical émanant d'un médecin reconnu. Toutefois, pour les délais d'attente de 30 jours et plus, l'obligation d'informer l'assureur peut se faire dans les 15 jours à compter du début de l'interruption de travail. Si le certificat médical d'annonce du sinistre (certificat initial) parvient à l'assureur après ce délai, le jour où il est donné est réputé premier jour d'incapacité de travail et le délai d'attente choisi court à partir de cette date. Le droit à l'indemnité journalière assurée existe au plus tôt après ce délai.

d) En l'espèce, l'annonce de l'incapacité de travail débutée le 1^{er} juillet 2023, respectivement le 8 janvier 2024, n'a été effectuée que le 5 mars 2025. C'est donc à juste titre que l'intimée a décidé de ne pas procéder au versement des indemnités journalières à compter du 1^{er} juillet 2023, conformément à ses conditions générales. De plus, aucune prestation ne pourrait être allouée du 1^{er} juillet 2023 au 5 mars 2025, respectivement du 8 janvier 2024 au 5 mars 2025. En effet, aucun rapport médical n'a été fourni, ni ne permet de retenir une incapacité liée à la maladie dès le 1^{er} juillet 2023 (selon l'annonce de l'employeur du 5 mars 2025), ou à compter du 8 janvier 2024 (selon les conclusions du recours). Quant à une éventuelle violation du droit d'être entendue de la recourante, au motif que l'intimée n'ait pas traité la question du caractère tardif de l'annonce, elle a quoi qu'il en soit été réparée en recours, vu le plein pouvoir d'examen de la Cour de céans. Le grief est mal fondé et doit donc être rejeté.

6. a) Sur le fond, l'intimée fonde sa décision sur les éléments ressortant du dossier de la CNA constitué à la suite de l'événement accidentel du 26 janvier 2021, et plus particulièrement sur l'appréciation de la Dre P. _____ du 17 mai 2023, selon laquelle la recourante présente une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, mais de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche prolongée et/ou répétée, pas de montée/descente d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages, pas de position accroupie ou à genoux, pas de position statique debout et pas de port de charges supérieures à 5 kg de manière prolongée ou répétée).

La recourante pour sa part se prévaut des rapports de son médecin traitant, le Dr J. _____, et déplore que l'examen de l'intimée se fonde uniquement sur des rapports médicaux éloignés dans le temps.

b) Dans sa prise de position du 17 mai 2023, la Dre P. _____, sur la base d'un examen médical de la recourante, a posé les diagnostics de douleurs d'allure mécanique de la malléole externe gauche dans les suites d'une fracture Weber B le 26 janvier 2021 traitée conservativement avec une arthrose débutante de la cheville gauche et de suspicion de syndrome du sinus du tarse gauche. Elle a retenu les diagnostics secondaires de gonalgies gauches (déchirure des deux ménisques d'allure dégénérative avec un début de chondropathie fémoro-tibiale interne sur un status en *valgus*), de lombalgies en lien avec une arthrose postérieure L3-L4 bilatérale très importante, L4-L5 bilatérale importante et L2-L3, L5-S1 bilatérales débutantes, ainsi que de poussée congestive des articulations postérieures très importante en L3-L4 des deux côtés. Selon la médecin d'arrondissement de la CNA, la situation était stabilisée sur le plan médical pour les seules suites de l'accident de ski du 26 janvier 2021. L'appréciation de la Dre P. _____ était fondée sur les éléments du dossier, en particulier sur les rapports des Drs J. _____ et K. _____, et sur l'examen de la recourante.

Dans son rapport du 28 mars 2025, seul élément produit devant l'intimée au stade de l'instruction de la demande de prestations, le Dr

J._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques avec lombarthrose, d'arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche, d'arthrose du poignet gauche, d'arthrose de la cheville gauche, de gonarthrose gauche, de déconditionnement et d'épaule gelée droite. Les constats diagnostics du Dr J._____ sont assez largement superposables à ceux de la Dre P._____, qui a aussi fait état de lombalgies, d'arthrose de la cheville gauche, et de gonalgies. Le Dr J._____ évoquait au demeurant déjà en août 2022 un dos dégénératif, dont la Dre P._____ a tenu compte dans son appréciation.

En procédure, les 6 janvier et 11 février 2026, postérieurement à la décision sur opposition litigieuse, le Dr J._____ a encore retenu d'autres diagnostics (notamment une fasciite plantaire à droite et une périrochantérite bilatérale de hanche) en rapportant une péjoration de la situation médicale. Il a en particulier mentionné une position assise tolérée au maximum quinze minutes, alors qu'une telle limitation n'était pas évoquée par la Dre P._____. Le Dr J._____ a en outre évoqué une décompensation douloureuse au niveau de l'épicondyle droit. Le Dr J._____ a ainsi exposé que sa patiente n'était pas en état de reprendre une activité lucrative.

Ces nouveaux éléments médicaux sont peu motivés. Il en va de même de l'allégation d'un état dépressif, sans autres précisions, alors que le Dr J._____ n'est pas psychiatre ni ne fait état d'un suivi psychiatrique.

Il reste que lorsque des doutes, même faibles, existent sur les rapports des médecins employés de l'assurance, ceux-ci ne peuvent être pris en considération sans instruction complémentaire. Tel est le cas en l'espèce à lecture des rapports du Dr J._____ des 6 janvier et 11 février 2026, bien qu'il s'agisse d'un cas limite.

7. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à

ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, *in* : SVR 2007 UV n° 33 p. 111).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) En présence d'avis médicaux contradictoires, il s'impose de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction du dossier puis nouvelle décision, étant constant qu'aucune éventuelle prestation ne sera due du 1^{er} juillet 2023 au 5 mars 2025, respectivement du 8 janvier 2024 au 5 mars 2025 (cf. consid. 5 supra).

8. a) En définitive bien-fondé, le recours doit être admis, la décision sur opposition attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle rende une nouvelle décision après avoir procédé à une

instruction complémentaire conformément aux considérants du présent arrêt.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 4 al. 3 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

c) Vu le sort de ses conclusions, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGa). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA), et de la mettre intégralement à la charge de l'intimée.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 27 août 2025 par Philos Assurance Maladie SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** Philos Assurance Maladie SA versera à B. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me John-David Burdet, pour B. _____,
- Philos Assurance Maladie SA,
- 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 :