

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 août 2011

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Pasche et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Desscan

Cause pendante entre :

Q._____, à Lausanne, recourant, représenté par ICT Management Sàrl, à Renens,

et

W._____ **SA**, à Montreux, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 6 LPGA ; art. 72 al. 1 LAMal

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1973, travaillait depuis le 1^{er} février 2008 comme serveur, puis dès le 1^{er} janvier 2009 comme responsable d'exploitation au club le " T. _____ " à [...]. Son employeur F. _____ SA avait conclu pour son personnel une assurance d'indemnités journalières maladie LAMal auprès de W. _____ SA (ci-après : W. _____ SA ou l'intimée). A sa demande le 20 août 2009, l'assuré a été transféré dans l'assurance individuelle dès le 1^{er} juillet 2009. Le montant de l'indemnité journalière s'élevait à 145 fr. par jour. Le 25 novembre 2010, l'assuré a résilié ce contrat, avec effet au 31 décembre 2010.

Du 28 avril au 10 juin 2009, l'assuré a été placé en détention préventive, comme tout le personnel du " T. _____ ".

Le " T. _____ " a cessé son activité à fin avril 2009, et le contrat de travail de l'assuré a pris fin le 30 juin 2009.

B. Le 6 juillet 2009, l'assuré a informé W. _____ SA qu'il était en incapacité de travail totale depuis le 11 juin 2009 et que celle-ci se poursuivait encore actuellement.

Dans un rapport médical du 17 août 2009, le Dr A. _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a retenu le diagnostic de trouble anxiodépressif réactionnel suite à des difficultés professionnelles, l'incapacité de travail étant probablement totale depuis avril 2009.

A la demande de W. _____ SA, une évaluation médicale psychiatrique a été effectuée le 9 septembre 2009 au J. _____ à [...] (ci-après : le J. _____) par la Dresse V. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans le rapport médical du 10 septembre

2009 en résultant, la Dresse V._____ ne mentionne aucun diagnostic justifiant une incapacité de travail prolongée. Comme autre diagnostic, elle pose celui de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (CIM-10 F43.23). Elle retient que l'assuré est apte à travailler à 50% dès le 10 septembre 2009 et à 100% dès le 17 septembre 2009 dans sa profession habituelle ou dans n'importe quelle autre profession sur le marché du travail, ajoutant que, vu l'irritabilité de l'assuré, une reprise pourrait être favorisée en évitant trop de contacts avec une clientèle difficile pour environ deux semaines.

La Dresse V._____ relève en outre ce qui suit :

« Pronostic

Le diagnostic de trouble de l'adaptation a un bon pronostic en soi.

Le contexte actuel est difficile à juger sur la base d'un entretien unique qui donne l'impression que l'assuré réfléchit à chaque question à ce qu'il va dire ou pas. Pourtant le contexte actuel ainsi que la personnalité de l'assuré ont une influence sur le pronostic.

[...]

Constatations objectives

Il s'agit d'un assuré âgé de 39 ans qui se présente au rendez-vous avec 10 min. de retard. Il est petit de taille et très mince. Le regard est perçant. A chaque question, l'assuré semble réfléchir ce qu'il va dire et ce qu'il ne va pas dire, semble esquiver en donnant des réponses vagues et inexactes ou expliquant qu'il ne se souvient plus.

Aucun trouble de la vigilance ou de la conscience décelé. L'assuré est orienté aux quatre modes (dans le temps et l'espace, quant à la personne et à la situation).

La concentration est légèrement réduite dans le cadre de l'entretien. Il y a des troubles de la mémoire avec une liste de médicaments oubliés dans la voiture et une clé de voiture qui reste introuvable en fin d'entretien. A plusieurs reprises, dans le cadre de l'anamnèse l'assuré dit ne plus se souvenir et reste très vague dans ses réponses. La pensée est légèrement rétrécie sur les événements vécus (police, détention). Il est toutefois facile de le diriger vers un autre thème.

Aucun trouble du contenu de la pensée décelé. Aucun indice de trouble des perceptions et de troubles du moi.

Au niveau des affects on constate un certain trouble de l'éprouvée vitale et une pauvreté affective. L'assuré ne donne pas une impression plaintive ou anxieuse. L'humeur est dysphorique, l'irritabilité est marquée. On ressent une tension interne. Aucun sentiment de culpabilité ou d'insuffisance n'est percevable.

Agitation psychomotrice marquée. Le langage est sans particularité, la voix est forte. »

Par courrier du 16 septembre 2009, W._____ SA a informé l'assuré qu'au vu des renseignements médicaux obtenus du J._____, les indemnités journalières lui seraient versées jusqu'au 20 septembre 2009 à 100%. Elle recommandait en outre à l'assuré de s'inscrire à l'Office régional de placement (ci-après : ORP) comme personne apte au placement à 100% dès le 21 septembre 2009.

Dans un rapport médical du 1^{er} octobre 2009, le Dr B._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que l'assuré présentait des troubles de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive, ainsi que des troubles du sommeil, dans le cadre d'une évolution post-traumatique qui avait débuté avec son incarcération préventive, le traumatisme étant en relation avec cette incarcération et ayant des conséquences sur sa situation conjugale, familiale et professionnelle. Il ajoutait que la prise en charge psychiatrique ambulatoire ne s'annonçait pas facile, étant donné le blocage du patient et le fait que la situation qu'il avait connue à sa place de travail rendaient impossible - à première vue - la reprise d'une activité de travail, même à temps très partiel, le contexte professionnel pouvant être encore plus désorganisateur et handicapant qu'il ne l'avait été, risquant d'abîmer alors la capacité résiduelle du patient, de retarder la récupération finale et d'annoncer une invalidation durable. Selon ce praticien, il se justifiait que l'assuré dépose une demande de prestations à l'assurance-invalidité pour que des mesures de réinsertion professionnelle ou d'aide au placement puissent être rapidement instaurées. Il concluait que l'incapacité de travail restait totale, au moins jusqu'au 31 octobre prochain.

Par décision du 2 octobre 2009, W._____ SA a informé l'assuré que le certificat médical établi par le Dr B._____ ne suffisait pas à prolonger son arrêt de travail au-delà du 17 septembre 2009, celui-ci ne mentionnant aucunement quels étaient les éléments médicaux probants qui avaient empêché la reprise de travail. Elle a toutefois accepté, à titre exceptionnel et sans reconnaissance d'aucun droit futur, de prolonger le versement de ses indemnités journalières à 100% jusqu'au 31 octobre 2009, recommandant en outre à l'assuré de s'inscrire à l'ORP de sa

commune de domicile s'il ne trouvait pas d'emploi à l'échéance de ce délai.

W. _____ SA a soumis le rapport du 1^{er} octobre 2009 du Dr B. _____ à la Dresse V. _____, qui s'est déterminée à son sujet dans un courrier du 15 octobre 2009, dont la teneur est la suivante :

« Aussi bien le Dr B. _____ que le J. _____ posent le diagnostic de trouble de l'adaptation. Le Dr B. _____ dans son rapport le définit comme trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive. Une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle est déjà attestée par le médecin traitant, le Dr A. _____ médecin praticien.

Pour notre part, dans le cadre de l'examen pratiqué le 09.09.2009, nous n'avons constaté aucune symptomatologie anxieuse bien au contraire. L'assuré se plaignait de ruminations et de troubles du sommeil, d'irritabilité ainsi que de troubles de la concentration et d'oublis fréquents. Il niait par contre toute symptomatologie du registre anxieux précisant de manière crédible qu'il n'a peur de rien et de personne. Le status psychique n'a révélé lui non plus aucune symptomatologie anxieuse. La symptomatologie observée et les plaintes exprimées permettent de poser le diagnostic d'un trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (CIM F43.23).

En ce qui concerne la capacité de travail nous tenons à préciser que ni un trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions ni un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive ne justifient une incapacité de travail prolongée. Bien au contraire, l'exercice d'une activité ne peut être que bénéfique à la résolution de la symptomatologie générée par le facteur de stress psychosocial subi.

Nous ne doutons pas que l'assuré ait été profondément touché par son arrestation et sa détention provisoire. Toutefois nous considérons que c'est sur un mode narcissique qu'il a été blessé et non sur un mode anxieux. A noter aussi dans ce contexte le manque de collaboration de l'assuré qui déclare fermement qu'il n'est pas apte à reprendre à son travail sans fournir de raison que son irritabilité et qui maintient fermement qu'il n'ira pas travailler et qu'il ne tentera pas de reprise. A noter aussi les fréquentes hésitations avant de répondre et les déclarations parfois même contradictoires de l'assuré.

Que l'assuré ne veuille plus travailler à l'T. _____ est compréhensible vu les ennuis que cela lui a apporté. Nous le considérons cependant en santé suffisamment bonne pour avoir les moyens de démissionner et de chercher un autre emploi, avec l'aide de l'assurance-chômage si nécessaire. Nous n'avons pas obtenu d'informations précises de l'assuré quant à l'avenir de l'entreprise, si elle est fermée actuellement ou non, mais si nécessaire M. Q. _____ est apte à y travailler jusqu'à l'échéance de son contrat. »

Par courrier du 21 octobre 2009, l'assuré a manifesté son désaccord avec la décision du 2 octobre 2009 et a demandé à W. _____ SA de bien vouloir réexaminer sa position. Il a en outre produit des certificats médicaux du 30 septembre et du 13 octobre 2009 du Dr A. _____, attestant d'une incapacité de travail totale jusqu'au 31 octobre 2009.

Dans un rapport du 30 octobre 2009, le Dr B. _____ a posé le diagnostic d'une évolution anxieuse et dépressive d'allure post-traumatique, le traumatisme étant représenté par l'action judiciaire en cours, chez une personnalité au noyau psychotique, organisée pour parer à l'angoisse de persécution sur le mode de l'identification projective, avec la critique de l'extérieur, d'importants traits narcissiques et de caractère, ainsi que des traits dits pervers défensifs, chez un homme à l'intelligence normale faible. Il a en outre indiqué ce qui suit :

« Je suis d'accord avec le diagnostic de troubles de l'adaptation chez ce patient posé par le J. _____ de [...] le 10 septembre 2009. Je trouve également approprié que nos collègues, dans leur écrit du 10 septembre 2009, sous titre « pronostic », écrivent ce qui suit :

« Le diagnostic de troubles de l'adaptation a un bon pronostic en soi. Le contexte est difficile à juger sur la base d'un entretien unique qui donne l'impression que l'assuré réfléchit à chaque question à ce qu'il va dire ou pas. Pourtant le contexte actuel ainsi que la personnalité de l'assuré ont une influence sur le pronostic ».

Ce qui n'a pas été pris en compte par mes collègues du J. _____, me paraît-il, sont les retombées familiales du trouble de l'adaptation présenté par ce patient, retombées qui représentent pour lui une véritable catastrophe qui englobe tout son être, et qui ne sont de loin pas encore suffisamment élaborées pour qu'il puisse aller de l'avant. S'il n'a plus d'idées suicidaires, les troubles de la vigilance liés à l'évolution anxieuse et dépressive sont encore évidents. L'obsessionnalisation de la pensée également le protège de la dépression, qui est déniée, mais qui est bien là. Les blocages dus au repli sur soi-même sont encore trop agissants.

Ce patient est en incapacité de reprendre son travail dans la profession habituelle, ce qui le mettrait en position d'exclusion par rapport à sa famille et ses enfants.

J'ai abordé avec lui la question d'un changement professionnel, que ce patient n'est pas prêt à assumer, ce qu'on peut comprendre,

étant donné la situation administrative et juridique liée au contexte professionnel qui était le sien.

Tenant compte de la structure de sa personnalité, notamment des traits narcissiques et de défense de caractère, et au vu de l'angoisse de persécution qui se manifeste sur le mode de l'identification projective, j'ai essayé d'amener ce patient à réfléchir sur l'opportunité, d'entente avec l'un ou l'autre membre de son entourage familial, de reprendre une activité à son propre compte. C'est une hypothèse de travail, pour motiver le patient à penser à l'avenir..., mais ce n'est pas encore un « projet », loin s'en faut !

Un chemin se fait progressivement qui permettra à ce patient de reprendre une activité professionnelle, mais il doit, à mon avis, encore être considéré incapable à 100 % de reprendre son emploi actuel.

Je pense qu'il pourrait être utile que ce patient soit réexaminé par les médecins de la J._____, pour qu'une évaluation neutre et plus détaillée des possibilités de ce patient à se chercher un autre emploi ou la proposition d'une éventuelle aide à la réinsertion de la part de l'Al puissent aussi être évaluée et prise en compte, le cas échéant, et cela bien que M. Q._____ paraisse suffisamment débrouillard pour imaginer qu'il puisse se trouver de lui-même, comme il l'a fait jusqu'à maintenant des activités professionnelles rémunérées adaptées à ses compétences, sans besoin de l'intervention d'un conseiller professionnel.

Autrement dit, l'incapacité de travail encore actuelle réside dans la persistance des facteurs traumatiques, par rapport aux réactions de sa famille et par rapport au fait qu'il craint que ses employeurs lui fassent porter le fardeau d'une responsabilité qui ne lui appartiendrait pas, s'il reprenait le travail au club où il était engagé ou s'il donnait son congé.

Quoi qu'il en soit, la symptomatologie anxieuse et dépressive que ce patient présentait au moment où il est venu à ma consultation s'est légèrement améliorée et continuera à s'améliorer à vue humaine. »

Le 1^{er} novembre 2009, l'assuré a formé opposition contre la décision de refus de prestations de W._____ SA. En substance, il faisait valoir que les renseignements médicaux obtenus par celle-ci auprès du J._____ à [...] faisaient fi du rapport du 1^{er} octobre 2009 du Dr B._____. Il demandait que W._____ SA se détermine quant à des mesures d'évaluation de réintégration professionnelle par ses services, l'informant qu'une demande de prestations Al tendant à l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle serait prochainement déposée. En cas de refus de prolongation du versement des indemnités journalières au-delà du 31 octobre 2009, l'assuré requérait que soit mise en œuvre une

expertise neutre, aux frais de W._____ SA, qui pourrait être confiée à l'Unité d'expertises du D._____ à [...] ou au Dr P._____, psychiatre FMH.

Dans un certificat médical du 30 novembre 2009, le Dr B._____ a attesté une incapacité totale de travail de l'assuré du 1^{er} au 31 décembre 2009, puis dans un certificat médical du 4 janvier 2010, une incapacité de travail de 50% du 1^{er} janvier au 8 février 2010 compris, le travail étant repris à partir du 9 février 2010.

W._____ SA a soumis le rapport médical du Dr B._____ du 30 octobre 2009 à la Dresse V._____, laquelle a considéré en date du 15 janvier 2010 que les conclusions de ce rapport, très complet, n'apportaient guère d'informations supplémentaires et ne modifiaient pas les conclusions de l'évaluation qu'elle avait effectuée le 9 septembre 2009. Elle relevait que l'assuré avait très clairement déclaré qu'il n'était pas apte à reprendre son travail, sans fournir d'autre raison que son irritabilité, mais qu'une irritabilité ou une colère (selon le Dr B._____) ne justifiaient pas une incapacité de travail. Le fait que l'assuré ait maintenu de manière déterminée qu'il n'irait pas travailler et qu'il ne tenterait pas de reprise ne pouvait être expliqué par une symptomatologie psychiatrique limitant la capacité de travail. Concernant les problèmes de couple de l'assuré, la Dresse V._____ a indiqué qu'il s'agissait de problèmes psychosociaux non pris en charge par l'assurance et qu'il en allait de même des problèmes juridiques auxquels l'assuré était confronté.

Par décision sur opposition du 24 février 2010, W._____ SA a rejeté l'opposition du 1^{er} novembre 2009, confirmé sa décision du 2 octobre 2009 et retiré l'effet suspensif d'un éventuel recours. Elle a considéré en substance que, conformément à la jurisprudence, l'assuré se devait de limiter le dommage et ainsi entreprendre tout ce que l'on pouvait raisonnablement attendre de lui pour réduire le mieux possible les conséquences de son atteinte à la santé sur sa capacité de gain. Le champ d'activité de l'assuré, la restauration, lui ouvrait les portes de toutes sortes d'établissements, sans qu'il lui soit nécessaire de travailler à nouveau

dans un club aux activités aussi particulières que celui du " T._____ ". Ainsi, le métier de base de l'assuré était adapté à son état de santé, de même que d'autres activités déjà accomplies par le passé, telles que le bâtiment ou la mécanique. Quant aux mesures de réadaptation demandées par l'assuré, W._____ SA a estimé qu'elles ne relevaient pas de sa compétence, mais plutôt de celle de l'ORP.

C. Le 26 mars 2010, Q._____ a recouru contre la décision sur opposition du 24 février 2010, concluant principalement à sa réforme en ce sens que les incapacités de travail attestées par ses médecins traitants donnent lieu à indemnisation par W._____ SA, subsidiairement à ce qu'une expertise contradictoire soit mise en œuvre. En substance, il invoque le peu de valeur probante de l'évaluation médicale effectuée par la Dresse V._____, qui ne peut en aucune façon être qualifiée d'expertise médicale appropriée. Il relève que l'experte a en effet elle-même indiqué que « le contexte actuel est difficile à juger sur la base d'un entretien unique » qui, selon le recourant, n'a duré qu'une heure. Il reproche à l'intimée de ne pas avoir engagé les mesures préconisées (mesures d'évaluation de réintégration professionnelle) ou effectué d'investigations complémentaires (expertise neutre). Le recourant a en outre produit les pièces suivantes :

- un certificat médical du Dr A._____, qui indique une incapacité de travail dès le 9 mars 2010, avec durée probable jusqu'au 22 mars 2010 ;

- un rapport médical du 15 mars 2010 de ce praticien, qui mentionne suivre le patient depuis plusieurs mois pour un trouble dépressif. Il indique être personnellement frappé par le déroulement actuel de la situation, qui s'oriente peu à peu vers une chronicisation, avec péjoration des signes cliniques. Il ajoute ce qui suit :

« Le patient semble comme étranger à son propre avenir voire à son vécu présent, « traversant la vie » sans réellement l'habiter, en étant comme ailleurs. Le peu d'efficacité au niveau des activités qu'il

produit tant sur le plan personnel que professionnel me font craindre une situation plus critique qu'il n'y paraît et je rejoins le Dr B. _____ sur la nécessité absolue d'une évaluation contradictoire et détaillée. Une hospitalisation de quelques semaines serait je crois la plus à même pour évaluer et juger la situation sur plusieurs points :

- 1) l'état psychologique,
- 2) les ressources psychocognitives,
- 3) les capacités professionnelles d'adaptation et de réinsertion,
- 4) les capacités de mobilisation des ressources familiales et/ou sociales de soutien. » ;

- une attestation médicale du 22 mars 2010 du Dr B. _____, retenant les incapacités de travail suivantes : 100% jusqu'au 31 décembre 2009, 50% du 1^{er} janvier au 14 avril 2010 et 0% dès le 15 avril 2010, sauf complications.

Dans sa réponse du 10 juin 2010, W. _____ SA conclut au rejet du recours dans la mesure où il est recevable, ainsi qu'à la confirmation de la décision sur opposition de W. _____ SA du 24 février 2010. Elle expose que le Dr B. _____ se dit "d'accord avec le diagnostic de troubles de l'adaptation" mais qu'il juge que "les retombées familiales du trouble de l'adaptation présenté chez ce patient" n'ont pas suffisamment été prises en compte par l'expert du J. _____. Elle rappelle que, selon la jurisprudence, l'assuré a l'obligation de limiter le dommage et que le vaste champ d'activité du recourant lui ouvre les portes de toutes sortes d'établissements, sans qu'il lui soit nécessaire de travailler dans un club aux activités aussi particulières que celui du " T. _____ ". Le métier de base du recourant, de même que les autres activités accomplies par le passé (domaine du bâtiment ou de la mécanique) restent tout à fait adaptées à son état de santé. Concernant les difficultés de placement du recourant, W. _____ SA considère qu'il ne lui appartient pas d'intervenir, les indemnités journalières de l'assurances-maladie n'ayant pas de vocation conjoncturelle, ni de visée de réintégration professionnelle. Ainsi, cette problématique relèverait plutôt de l'assurance-chômage.

Dans ses déterminations du 2 juillet 2010, le recourant fait valoir que W. _____ SA n'a pas diligenté une "expertise médicale" mais une "évaluation médicale". Il conteste la valeur probante des

déterminations des 15 octobre 2009 et 15 janvier 2010 de la Dresse V._____ du J._____. Il soutient que dans le domaine de la psychiatrie, on ne peut se contenter d'un entretien unique et qu'ainsi le médecin traitant spécialiste est mieux à même de se prononcer tant sur les mesures thérapeutiques à entreprendre que sur la fixation des incapacités de travail. Ainsi, il requiert à nouveau la mise en œuvre d'une expertise contradictoire. Le recourant fait valoir qu'il a pris toutes les mesures opportunes pour limiter le dommage, mais qu'il était inapte à travailler, comme l'attestent les certificats médicaux des 4 janvier et 22 mars 2010 du Dr B._____. Il s'est ainsi inscrit auprès de l'ORP de [...] le 5 janvier 2010 et a déposé une demande à l'assurance-chômage le 12 janvier 2010. Il a en outre signé le 8 juin 2010 un contrat de travail individuel à durée indéterminée. Il indique qu'une amélioration progressive de son état de santé ne s'est faite sentir qu'à mi-avril 2010, avec un net résultat début juin 2010.

Dans ses déterminations du 20 octobre 2010, W._____ SA persiste intégralement dans ses conclusions. L'intimée prend acte que le recourant s'est annoncé à l'assurance-chômage, respectivement à l'ORP, début janvier 2010 et qu'ainsi, seul le versement des indemnités journalières LAMal des deux derniers mois de l'année 2009 est litigieux. Concernant la valeur probante de l'évaluation médicale de la Dresse V._____, l'intimée rappelle que ce n'est pas la dénomination qui importe mais son contenu et que le recourant a bel et bien été examiné le 9 septembre 2010. Elle renvoie intégralement à sa réponse du 10 juin 2010 pour le surplus.

A la demande du juge instructeur, l'intimée a produit en date du 18 janvier 2011 la police d'assurance du recourant, les conditions générales de W._____ SA, ainsi que le récapitulatif des indemnités journalières versées au recourant. Ce récapitulatif indiquait que le recourant avait touché des indemnités journalières du 1^{er} juillet au 31 octobre 2009 pour un montant total de 17'835 francs.

Dans ses déterminations du 27 janvier 2011, le recourant indique qu'il a perçu non seulement des indemnités journalières pendant les dates indiquées par W. _____ SA, mais aussi du 28 avril au 30 juin 2009 pour un montant de 4'918 fr. 40 ; le montant total des indemnités journalières perçues s'élevant donc à 22'753 fr. 40.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA), lequel se trouve être celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 LPGA).

Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. Est litigieuse en l'espèce la question de l'incapacité de travail du recourant dès le 1^{er} novembre 2010.

a) Aux termes de l'art. 72 al. 2 LAMal, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié. 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 la santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA ; cf. TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 2 ; TF 9C_546/2007 du 28 août 2008, consid. 3.3 ; ATF 129 V 51, consid. 1.1 et les arrêts cités). Pour apprécier si et dans quelle mesure il existe une incapacité de travailler en raison d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit se fonder sur des rapports médicaux, la tâche du médecin consistant à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4 et les arrêts cités ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 ; cf. TFA K 134/03 du 12 mai 2004, consid. 4.2.1).

b) Dans le domaine médical, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2 et les arrêts cités). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre ; c'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 2). 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 ; ATF 125 V 351, consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane de médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I_81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confident privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel

l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (TF 9C_312/2008 du 24 novembre 2008, consid. 6.1).

3. En l'espèce, le Dr A._____ diagnostique un trouble anxiodépressif réactionnel suite à des difficultés professionnelles. Cependant, ce médecin n'est pas psychiatre et ses conclusions sont peu documentées. En outre, dans son rapport médical du 15 mars 2010, il fait état d'une péjoration et d'une chronicisation des signes cliniques, alors qu'à la même période, le Dr B._____ retient, dans son rapport médical du 22 mars 2010, que le recourant sera totalement capable de travailler dès le 15 avril 2010, sauf complication. Ses conclusions ne sauraient dès lors être suivies.

La Dresse V._____ diagnostique un trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions. Dans son évaluation médicale du 10 septembre 2009, elle retient qu'une prolongation de l'incapacité de travail dans la profession habituelle n'est pas justifiée sur le plan psychiatrique. Elle relève toutefois que le recourant n'est pas du tout d'accord avec cette évaluation, qu'il dit ne pas être apte à reprendre son travail, sans toutefois fournir une raison précise autre que son irritabilité. Dans son rapport complémentaire du 15 octobre 2009, elle précise que ni un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, diagnostic retenu par le Dr B._____, ni un trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions, ne justifie sur le plan médical une incapacité de travail prolongée. Dans son courrier du 15 janvier 2010, elle maintient que l'irritabilité ou la colère du recourant ne justifie pas une incapacité de travail et que cette attitude ne peut être expliquée par une symptomatologie psychiatrique limitant la capacité de travail. Quant aux problèmes juridiques et psychosociaux de l'assuré, elle rappelle qu'ils ne sont pas pris en charge par l'assurance. En résumé, la Dresse V._____ considère qu'en l'absence de symptomatologie psychiatrique limitant la capacité de travail, le refus du recourant de reprendre son travail ne se justifie pas sur le plan médical.

Le Dr B._____ diagnostique une évolution anxieuse et dépressive d'allure post-traumatique. Il se déclare d'accord avec le diagnostic de troubles de l'adaptation posé par le Dresse V._____. Dans son rapport du 1^{er} octobre 2009, il estime que l'incapacité de travail du recourant est due à la situation contextuelle qu'il a connue à sa place de travail. Dans son rapport du 30 octobre 2009, il mentionne que le fait de reprendre son travail dans la profession habituelle mettrait le recourant en position d'exclusion par rapport à sa femme et ses enfants, et qu'il est incapable à 100% de reprendre son activité habituelle. Il précise que l'incapacité de travail actuelle réside dans la persistance des facteurs traumatiques, par rapport aux réactions de sa famille et par rapport au fait qu'il craint que ses employeurs lui fassent porter le fardeau d'une responsabilité qui ne lui appartiendrait pas, s'il reprenait le travail au club où il était engagé ou s'il donnait son congé.

Toutefois, à ces dates, le recourant n'était plus employé au " T._____", de sorte qu'il lui était possible de chercher un emploi chez un autre employeur dans le domaine de la restauration ou dans ses autres domaines d'activités (mécanique, bâtiment), afin d'éviter ces situations conflictuelles. Le Dr B._____ expose encore que c'est la colère du recourant qui l'empêche de reprendre le travail, même à temps partiel. Il ne s'agit pas là d'une symptomatologie psychiatrique qui justifierait à elle seule l'incapacité de travail.

Ainsi, en l'absence d'élément médical objectif nouveau ou ignoré susceptible de remettre en cause l'appréciation médicale de la Dresse V._____, l'avis du Dr B._____ ne peut être retenu.

Le recourant se plaint du fait que l'examen auprès de la Dresse V._____ ait duré moins d'une heure. Or il est constant que la durée d'un examen clinique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont la tâche consiste à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (cf. ATF 9C_443/2008 du 28 avril 2009).

Le rapport d'évaluation médicale du 10 septembre 2009 contient une anamnèse complète. Il fait également état des plaintes recourant, ainsi que du résultat des observations faites au cours de l'examen psychiatrique. La Dresse V._____ a en outre motivé à de nombreuses reprises, à la fois dans le rapport du 10 septembre 2009 et dans les compléments des 15 octobre 2009 et 15 janvier 2010, les raisons pour lesquelles elle ne retenait pas sur le plan psychiatrique de limitations durables de la capacité de travail. Ses conclusions sont claires et convaincantes. Son rapport et ses compléments ont ainsi valeur probante.

Il y a dès lors lieu de retenir une pleine capacité de travail du recourant dès le 17 septembre 2009 dans son activité habituelle.

4. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'instruction sous la forme d'une expertise comme y conclut le recourant, dont la requête doit dès lors être rejetée. Le tribunal peut en effet renoncer à l'administration d'une preuve s'il acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante, et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (TF 9C_543/2009 du 1^{er} octobre 2009, consid. 2.2 et les références ; 9C_619/2009 du 9 décembre 2009, consid. 3 et les références).

5. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires. Vu le sort du recours, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (cf. art. 61 let. g a contrario LPGA).

**Par ces motifs,
La Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision attaquée est confirmée.

- III.** L'arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- ICT Management Sàrl (pour Q. _____),
- Me Didier Elsig, avocat (pour W. _____ SA),
- 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 :