

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 août 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Zbinden et Mme Moyard, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

Q._____, à Chardonne, recourante, représentée par Me Michèle Meylan,
avocate à Vevey,

et

Caisse-maladie K._____, à Montreux, intimée, représentée par Me
Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 72 al. 2 LAMal et 6 LPGA

E n f a i t :

A. a) Q._____ (ci-après: l'assurée), née en 1949, est infirmière en soins généraux de profession. Cette activité consiste principalement à mémoriser les heures de soins, à prodiguer certains soins, à distribuer les médicaments et à soutenir les patients dans une période forcément difficile pour eux. Avant de tomber malade au mois d'août 2008, elle exerçait son activité à plein temps pour le compte de la Résidence [...] à [...].

b) Depuis le 7 août 2008, l'assurée est suivie à la Policlinique psychiatrique de l'E._____, plus particulièrement par la Dresse N._____, médecin assistante, pour une décompensation anxio-dépressive aiguë qui a motivé un arrêt de travail dès le 1^{er} août 2008.

Dans un rapport du 3 octobre 2008, la Dresse S._____ et la Dresse C._____, respectivement médecin assistante et chef de clinique au Secteur psychiatrique de l'E._____, ont exposé que l'assurée était venue consulter dans un état de crise fin juillet ensuite de son licenciement. Ces praticiennes posaient le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique, et attestaient une incapacité de travail à 100 % du 1^{er} août au 30 septembre 2008.

c) Le 22 octobre 2008, l'assurée s'est rendue à la demande de la caisse maladie K._____, (ci-après: la Caisse), au Centre L._____ à [...] (ci-après: le Centre L._____) pour une évaluation médicale.

Le 20 février 2009, sur la base d'un rapport de cinq pages établi le 28 octobre 2008 par le Dr J._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychiatrie au L._____, la Caisse a décidé de ne plus verser d'indemnités journalières à l'assurée dès le 1^{er} décembre 2008.

d) Suite à l'opposition formée le 26 février 2009 par l'assurée, celle-ci a été convoquée le 2 avril 2009 chez le Dr G._____, spécialiste

FMH en psychiatrie et psychothérapie, en vue d'une expertise médicale. Le 16 avril 2009, ce médecin a rendu son rapport succinct avec ses conclusions.

e) Par lettre du 22 avril 2009, la Caisse a annulé et remplacé sa décision du 20 février 2009 en prolongeant le versement des indemnités journalières du 1^{er} décembre 2008 au 30 avril 2009 et en cessant tout paiement dès le 1^{er} mai 2009.

f) Le 14 mai 2009, le Dr G._____ a rendu son rapport d'expertise détaillé (19 pages). Il a notamment posé le diagnostic d'état dépressif majeur de gravité légère à moyenne. Il a expliqué que l'évolution était lentement favorable par le cours naturel des choses et la prise en charge psychiatrique et a exposé ce qui suit :

"Du point de vue médical, le traitement de Reméron qui induit une prise pondérale, ce qui est habituel avec cette médication, n'est pris qu'imparfaitement vu ce qui précède. Il s'agit peut-être d'envisager d'autres alternatives. A ce titre, l'escitalopram (Cipralex) à raison de 20 mg/jour le matin (2 x 10 mg) est une alternative très intéressante. Le Reméron pour les troubles du sommeil pourrait être avantageusement remplacé par du Trittico (entre 50 et 100 mg/jour) qui n'induit pas de prise pondérale.

Pour notre part, nous avons le sentiment que l'incapacité de travail devait être considérée comme totale jusqu'au jour de l'expertise. Actuellement, comme nous avons discuté avec l'assurée, nous estimons que sous réserve de la mise en route des mesures médicales susmentionnées, sa capacité de travail médico-théorique devrait être au moins de 80% au 01.05.2009, sauf avis contraire dûment motivé par son médecin traitant (...). La différence d'appréciation s'agissant de sa capacité de travail avec l'évaluation du Centre L._____ du 22.10.2008 est en rapport avec les points suivants. A la lecture de leur examen clinique, nous retrouvons les critères pour un état dépressif de gravité moyenne. Mais nous relevons aussi que son fonctionnement hors professionnel paraissait relativement très entravé, y compris dans le sens d'un isolement social. Il est clair qu'à ce moment-là l'état dépressif justifiait une incapacité de travail totale. La reprise d'une activité professionnelle à 100 % dès le 01.12.2008, mentionnée par le Dr J._____ sans autre proposition pharmacologique, ne paraît pas poser sur une démonstration étayée pour avoir valeur probante, mais sur une extrapolation".

g) Le 26 mai 2009, l'assurée a fait part à la Caisse de son désaccord.

B. a) Par décision du 1^{er} juillet 2009, la Caisse a confirmé le contenu de sa lettre du 22 avril 2009.

b) Le 2 juillet 2009, l'assurée a formé opposition contre cette décision.

Dans un courrier du 23 juillet 2009 contresigné par la Dresse C._____, le médecin traitant de l'assurée, la Dresse N._____, a fait part de son avis médical à la Caisse et informé celle-ci qu'elle soutenait l'opposition de l'assurée.

c) Par décision sur opposition du 31 juillet 2009, la Caisse a rejeté l'opposition du 2 juillet 2009 (1), confirmé sa décision du 1^{er} juillet 2009 (2) et retiré l'effet suspensif d'un éventuel recours (3). Elle a exposé qu'elle avait rendu sa décision du 1^{er} juillet 2009 en se basant sur le rapport d'expertise du Dr G._____ du 14 mai 2009, qui diagnostiquait notamment un état dépressif majeur de gravité légère à moyenne et expliquait que l'évolution était lentement favorable par le cours naturel des choses et la prise en charge psychiatrique. Il ressortait de ce rapport d'expertise qu'une capacité de travail de 80 % était exigible dès le 1^{er} mai 2009 dans l'activité habituelle de l'assurée. Sur cette base, la Caisse s'était écartée de la position prise par le Centre L._____ fixant une reprise à 100 % dès le 1^{er} décembre 2008 et avait accepté dès lors une prise en charge à 100 % du 1^{er} décembre 2008 au 30 avril 2009. Si, dans son courrier du 23 juillet 2009, la Dresse C._____ soutenait l'opposition de l'assurée, en estimant que l'état psychique de cette dernière était encore très fragile et qu'une reprise de l'activité professionnelle n'était actuellement pas envisageable, force était de constater une capacité de travail totale dès le 1^{er} mai 2009 sur la base des pièces médicales au dossier, en particulier du rapport d'expertise du 14 mai 2009.

C. a) L'assurée recourt contre cette décision par acte du 14 septembre 2009. Elle fait valoir que le rapport d'expertise du Dr G._____ du 14 mai 2009, sur lequel l'intimée s'appuie pour considérer qu'elle est

capable de reprendre un emploi comme infirmière à 100 % depuis le 1^{er} mai 2009, fait état de plusieurs éléments qui, s'ils avaient été pris en compte par la Caisse, auraient conduit à une décision différente à celle entreprise: ainsi, le Dr G._____ n'attestait qu'une capacité médico-théorique, qui plus est en supposant l'instauration de certaines mesures thérapeutiques; ce spécialiste réservait l'avis contraire dûment motivé du médecin traitant; enfin, en tout état de cause, il évaluait sa capacité de travail (médico-théorique) à 80 % et non 100 %. Or, si l'on se fonde maintenant sur l'avis du médecin psychiatre qui la suit régulièrement à sa consultation, on observe que son état psychique ne s'est nullement amélioré depuis août 2008, malgré des entretiens médico-psychiatriques et l'instauration d'un traitement psychotrope. A cet égard, la recourante produit un rapport de la Dresse N._____ du 9 septembre 2009 - contresigné par la Dresse C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie - dans lequel on peut lire ce qui suit :

"Depuis août 2008, malgré des entretiens médico-psychiatriques couplés à un traitement psychotrope ad hoc, l'état psychique de cette patiente ne s'est nullement amélioré. Des soucis financiers ainsi que de graves problèmes avec son fils malade se sont surajoutés depuis lors et la patiente demeure dans un état anxio-dépressif persistant, bien que de gravité fluctuante. Nous observons chez Madame Q._____ une alternance entre des états d'effondrement dépressif dans lesquels elle ne voit aucune issue à sa situation et des courtes périodes où elle s'efforce de montrer une façade performante qui toutefois s'effrite à tout moment. La patiente est donc en incapacité de travail à 100 % depuis août 2008 en raison de la persistance d'une fragilité psychologique importante (...).

Devant ce tableau clinique, nous avons instauré en sus du traitement décrit précédemment, une prise en charge au Centre de Jour [...], où Madame Q._____ se rend trois jours par semaine (les mardis, mercredis et vendredis) depuis le 23 juin 2009, afin de renforcer le dispositif et de mieux répondre à ses besoins de soins. A l'heure actuelle, le pronostic reste toutefois réservé."

La recourante soutient ainsi qu'au lieu d'une amélioration de son état de santé comme soutenu par la Caisse, on est au contraire face à un récent renforcement du dispositif thérapeutique mis en place en sa faveur (qui était d'ailleurs ignoré par le Dr G._____ lors de la rédaction de son rapport). Pour le médecin psychiatre de la recourante - dont l'avis doit être suivi, d'autant plus que l'expert l'a réservé - il est patent qu'au

au vu de son état psychologique actuel, elle est incapable de reprendre en l'état à plein temps son activité professionnelle d'infirmière.

Pour le cas où les éléments fournis dans le cadre de son recours ne suffiraient pas à convaincre la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du bien-fondé de celui-ci, la recourante requiert la mise en oeuvre d'une expertise médicale auprès d'un médecin neutre. Sur le fond, elle conclut, avec suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'elle doit être considérée comme incapable de travailler à 100 % au-delà du 30 avril 2009, les indemnités journalières continuant à lui être versées dans la même mesure que pour la période du 1^{er} août 2008 au 30 avril 2009, et subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi du dossier à la Caisse pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

b) Simultanément à son recours, la recourante a présenté une requête de restitution d'effet suspensif, subsidiairement de mesures provisionnelles, en ce sens qu'ordre soit donné à la Caisse de poursuivre le versement des indemnités journalières maladie à 100 % dans la même mesure que pour la période du 1^{er} août 2008 au 30 avril 2009, pendant la procédure de recours. Estimant dans ses déterminations du 2 octobre 2009 sur cette requête que celle-ci était injustifiée, la Caisse a conclu à son rejet.

Par ordonnance du 5 octobre 2009, le juge instructeur a rejeté la requête de la recourante tendant à la restitution de l'effet suspensif, subsidiairement à l'octroi de mesures provisionnelles.

c) Dans sa réponse du 8 janvier 2010, la Caisse fait valoir que les certificats médicaux successivement établis par la Dresse N._____, médecin traitant, sont dépourvus d'une grande valeur probante et qu'au vu des expertises rendues tant par le Dr J._____ que par le Dr G._____, il convient de confirmer que, pour le moins à compter du 1^{er} mai 2009, la recourante disposait d'une pleine capacité de travail. La Caisse conclut ainsi principalement au rejet du recours et à la confirmation de la décision

sur opposition du 31 juillet 2009, et subsidiairement à ce que le Tribunal prononce une reformatio in pejus et condamne la recourante à rembourser à l'intimée la somme de 30'200 fr. avec intérêts à 5 % dès le 8 janvier 2010, somme correspondant selon elle aux indemnités journalières versées durant la période du 1^{er} décembre 2008 au 30 avril 2009.

d) Le 14 janvier 2010, le juge instructeur a imparti à la recourante un délai pour fournir ses observations éventuelles, produire toutes pièces et présenter ses réquisitions tendant à d'éventuelles mesures d'instruction. Il l'a informée que l'autorité n'était pas liée par les conclusions des parties et qu'elle pouvait modifier la décision à l'avantage ou au détriment du recourant. Il lui a imparti un délai pour se déterminer ou pour retirer le recours.

e) Dans sa réplique du 12 avril 2010, la recourante maintient ses conclusions et conclut au rejet des conclusions subsidiaires prises par l'intimée dans sa réponse du 8 janvier 2010. Selon elle, les divergences d'opinion entre les Drs G._____ et J._____ d'une part, et la Dresse N._____ d'autre part, plaideraient clairement en faveur de la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. La recourante suggère de réinterpeller au préalable le Dr G._____, dès lors que celui-ci a expressément réservé dans son rapport d'expertise l'avis motivé du médecin-traitant de la recourante et que l'on sait aujourd'hui que le médecin-traitant ne partage pas l'avis de l'expert; à l'aune de sa réponse, chaque partie pouvant encore juger de l'opportunité et de la nécessité d'une nouvelle expertise. En tout état de cause, la recourante estime que son état psychique n'est pas compatible avec une capacité totale de travail en tant qu'infirmière. Il lui paraît important que son traitement psychique, dont la prise en charge est complexe tant en raison de sa pathologie que de ses incidences juridiques et assécurologiques, soit dans la mesure du possible protégé des effets délétères de ces dernières, notamment en ce qui concerne l'alliance thérapeutique.

f) Le 16 avril 2010, le juge instructeur a informé les parties que, l'instruction apparaissant complète sur le plan médical, il n'était pas donné

suite à la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, l'avis des autres membres de la cour qui serait appelée à statuer dès que l'état du rôle le permettra étant réservé.

g) Par courrier du 29 juin 2010, la recourante a sollicité des mesures d'instruction sous la forme d'un examen psychologique permettant de mieux préciser la nature et la dynamique de ses troubles. Elle s'est référée à un courrier du 28 juin 2010 du secteur psychiatrique de l'E._____ qui émet l'hypothèse que derrière ses troubles dépressifs, elle souffre probablement de troubles plus graves, c'est-à-dire du registre psychotique.

Par lettre du 14 juillet 2010, le mandataire d'K._____ a considéré qu'il s'agissait davantage d'une rechute ou d'une aggravation des troubles déjà présents au moment litigieux et décisif, soit le 1^{er} novembre 2008, respectivement le 1^{er} mai 2009.

Par lettre du 19 juillet 2010, la recourante a sollicité des mesures d'instruction supplémentaires.

Par courrier du 20 juillet 2010, le juge instructeur a informé les parties que le dossier avait été mis en circulation auprès de la cour afin de statuer dans les meilleurs délais sur les mesures d'instruction requises par la recourante, le cas échéant sur le fond.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision sur opposition entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), le recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en

outre aux conditions formelles de recevabilité, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

b) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr.

2. Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à des indemnités journalières pour perte de gain de la part de la caisse intimée au-delà du 30 avril 2009.

a) A teneur de l'art. 67 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10), toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur (al. 1). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective (al. 3, première phrase).

Aux termes de l'art. 72 al. 2, première phrase, LAMal, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA). Est considéré comme incapable de travailler l'assuré qui, à la suite d'une atteinte à la santé, ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée, ou encore avec le risque d'aggraver son état (ATF 129 V 51, consid. 1.1 *in fine* et les références). Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut, selon la jurisprudence, établir dans quelle mesure l'assuré ne peut plus, en raison de l'atteinte à la santé, exercer son activité antérieure, compte tenu de sa productivité effective et de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger de lui; en revanche, la seule estimation médico-théorique de l'incapacité de travail n'est pas

déterminante (TF 9C_546/2007 du 28 août 2008, consid. 3.3 et les références).

b) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. Concernant la valeur probante d'un rapport médical, il importe 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 en considération les plaintes exprimées par l'assuré, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2 et les références).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées par l'assureur pour résoudre un cas litigieux, dans toute la mesure où les rapports y relatifs remplissent les exigences requises (cf. TF I 110/06 du 9 février 2007, consid. 1.3 *in fine*). A l'inverse, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré ne doivent être admises qu'avec réserve; il convient en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (cf. ATF 125 V 351, consid. 3 et les références; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). On ne saurait ainsi remettre en cause les conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration, respectivement procéder à de nouvelles investigations, du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion

divergente; il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise, et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (cf. TF 9C_220/2007 du 7 avril 2008, consid. 4.4; TF 9C_142/2008 du 16 octobre 2008, consid. 2.2 et les références).

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 et les références).

4. En l'espèce, le litige porte sur la capacité de travail de la recourante au 1^{er} mai 2009 et sur la suppression de son droit à l'indemnité journalière à partir de cette date.

a) La Caisse, se fondant sur les conclusions du Dr G._____, a retenu que la recourante présentait au 1^{er} mai 2009 une capacité totale de travail. La recourante conteste cette appréciation en faisant valoir que les conditions que l'expert précité exprime pour justifier son pronostic (traitement) et la réserve (du psychiatre traitant) qu'il émet lui-même quant à la possibilité d'une reprise du travail au 1^{er} mai 2009 sont autant d'éléments qui démontrent qu'il n'était pas possible d'interrompre le versement des indemnités journalières. Selon la recourante, il se justifie dès lors de se référer aux certificats médicaux de son psychiatre traitant,

la Dresse N._____, attestant une incapacité de travail à 100 % au-delà du 1^{er} mai 2009.

b) In casu, dans son rapport d'évaluation médicale du 28 octobre 2008, le Dr J._____ a conclu à un épisode dépressif d'intensité moyenne et a estimé qu'une amélioration clinique supplémentaire pouvait encore être attendue par la poursuite de son traitement et de son suivi. Suite à l'opposition formée par la recourante, l'intimée a décidé de procéder à la mise en œuvre d'une seconde expertise. Le Dr G._____ a ainsi constaté qu'au jour de l'expertise, soit le 2 avril 2009, l'assurée donnait une bonne impression. Ayant mal vécu son licenciement où on l'accusait d'une certaine forme d'incompétence, l'assurée présentait un contexte familial probablement difficile (son fils venait d'être incarcéré). L'expert a retenu un état dépressif majeur de gravité légère à moyenne et a indiqué qu'a priori, le diagnostic était bon. Sous réserve de la mise en route de mesures médicales (changement de médicaments pour éviter une prise pondérale), le Dr G._____ a retenu une capacité de travail médico-théorique de 80 % au 1^{er} mai 2009 dans l'activité habituelle, sauf avis contraire dûment motivé par son médecin traitant (rapport d'expertise du 14 mai 2009).

c) C'est à juste titre que le Dr G._____, en page 16 de son rapport d'expertise du 14 mai 2009, a émis une réserve quant à son diagnostic tant il est difficile de prédire l'évolution d'une pathologie psychiatrique en raison de l'intervention de nombreux paramètres, comme la personnalité sous-jacente et l'inefficacité des médicaments dans certains cas. Le Dr G._____ a reconnu un état dépressif suffisamment important pour justifier une incapacité de travail totale jusqu'à l'expertise. Il a émis des propositions thérapeutiques susceptibles d'augmenter la capacité de travail, sans toutefois indiquer précisément le temps nécessaire à leur mise en œuvre, tout en s'en remettant à l'observation médicale ultérieure. Le rapport médical du 9 septembre 2009 de la Dresse N._____, contresigné par la Dresse C._____, démontre notamment que l'état de la patiente ne s'est nullement amélioré depuis août 2008 malgré un traitement combiné, antidépresseur et psychothérapie de soutien. Enfin, le fait que l'intéressée soit prise en charge deux fois par semaine au

Centre de Jour [...] dès juillet 2009 (courrier du 12 avril 2010, p. 3) est à l'évidence un signe d'aggravation.

Dès lors, le pronostic favorable émis par le Dr G. _____ doit être écarté au profit de l'observation clinique des médecins traitants qui ont exclu de manière convaincante et constante une quelconque amélioration de l'état psychique de leur patiente à partir du 1^{er} mai 2009 (courriers des 12 avril et 28 juin 2010), l'expert ayant au demeurant reconnu que la pathologie présentée par la recourante pouvait entraîner une incapacité totale de travail en raison de sa gravité. L'instruction du dossier permettant dès lors de statuer en toute connaissance de cause, on ne voit pas, dans ce contexte, ce que les mesures d'instruction supplémentaires sollicitées par la recourante pourraient apporter de plus. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (ATF 130 II 425 consid. 2.1).

5. Au vu de ce qui précède, il se justifie d'admettre le recours et de réformer la décision attaquée, en ce sens que Q. _____ a droit à des indemnités journalières au-delà du 30 avril 2009. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 2'000 francs (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD). Les indemnités journalières ayant dès lors été versées à juste titre du 1^{er} décembre 2008 au 30 avril 2009, les conclusions subsidiaires de la Caisse tendant à une reformatio in pejus de la décision attaquée doivent être rejetées. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a et g LPGA).

**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 31 juillet 2009 par la Caisse-maladie K._____ est réformée en ce sens que Q._____ a droit à des indemnités journalières au-delà du 30 avril 2009.

- III. La Caisse-maladie K._____ versera à Q._____ la somme de 2'000 francs (deux milles francs) à titre de dépens.

- IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Michèle Meylan (pour Q._____),
- Caisse-maladie K._____,
- 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 :