

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 avril 2011

---

Présidence de M. ABRECHT, juge unique  
Greffier : M. Greuter

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à Epalinges, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

**R.**\_\_\_\_\_ **SA**, à Bâle, intimée, représentée par Me Isabelle Jaques, avocate à Lausanne.

---

**Art. 6 LPG; 72 al. 2 LAMal**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** Par courrier du 27 mai 2009, V.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré) a déclaré résilier pour le 30 juin 2009 le contrat de travail qui le liait à M.\_\_\_\_\_ SA. Le délai de congé étant toutefois de deux mois, les rapports de travail ont pris fin au 31 juillet 2009.

Le 27 juillet 2009, l'assuré a adressé à son assurance perte de gain maladie, R.\_\_\_\_\_ SA (ci-après: la Caisse), par l'intermédiaire de M.\_\_\_\_\_ SA, une déclaration de maladie accompagnée d'un certificat médical établi le 27 juillet 2009 par le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin traitant, qui attestait d'une incapacité de travail totale, pour maladie, dès et y compris le 28 juillet 2009, pour une durée probable d'un mois.

**b)** Le 31 juillet 2009, la Caisse a adressé à l'assuré une proposition de passage en assurance individuelle à partir du 1<sup>er</sup> août 2009, en lui impartissant un délai au 10 août 2009 pour accepter celle proposition. L'assuré ne l'a toutefois acceptée que le 25 août 2009.

Le 31 août 2009, l'assuré a conclu avec F.\_\_\_\_\_ un nouveau contrat de travail, avec entrée en service le 1<sup>er</sup> septembre 2009.

**c)** Le 22 septembre 2009, le Dr F.\_\_\_\_\_, auquel la Caisse avait demandé par courrier du 29 juillet 2009 de remplir une formule "rapport médical en cas de maladie", a indiqué ce qui suit sur la formule en question (réponses manuscrites reproduites ci-après en italique), qu'il a renvoyée au médecin-conseil de la Caisse:

"1. Début du traitement médical

27.7.9

2. Diagnostic-s motivant l'arrêt de travail

*En fait, état anxio dépressif (sa mère est morte)*

*(...)*

6. Evolution, Pronostic

*Evolution et pronostic probablement favorable*

7. Incapacité de travail

totale du 28.7.9 au 28.8.9"

**d)** Dans un avis du 16 octobre 2009, le Dr [...], spécialiste FMH en médecine générale, médecin-conseil de la Caisse, a exposé ce qui suit:

"J'ai reçu un rapport très succinct du Dr K. \_\_\_\_\_ daté du 22 septembre 2009 en réponse à votre demande du 29 juillet concernant l'IT totale dès le 28 juillet.

D'autre part, l'employeur a émis un doute au sujet de la nature médicale probante de l'absentéisme de son collaborateur.

A juste titre, puisque le RM du Dr K. \_\_\_\_\_ évoque une cause familiale (décès de la mère de l'assuré) pour évoquer un diagnostic qui en lui-même ne justifie pas une IT, ici accordée jusqu'au 28 août 2009. De toute manière le RM du Dr K. \_\_\_\_\_ est trop succinct pour que son certificat médical du 27 juillet puisse être considéré comme médicalement étayé.

Seuls les jours contractuels accordés par les dispositions sur le contrat de travail en cas de décès d'un proche peuvent être admis."

**B. a)** Le 26 octobre 2009, la Caisse a adressé à l'assuré une décision (art. 49 LPGA) dont la teneur était la suivante:

"Suite à votre incapacité de travail, annoncée par votre employeur le 28 juillet dernier pour la période du 28 juillet 2009 avec une durée d'un mois, un rapport médical a été demandé à votre médecin le 29.09.2009.

D'autre part vous avez donné le congé à votre employeur M. \_\_\_\_\_ SA pour le 31 juillet 2009. A cet effet, une lettre "proposition de libre passage" vous a été envoyée le 31 juillet dernier; proposition que vous avez acceptée par votre signature mais que nous avons mis en attente de la décision de notre médecin-conseil.

Aujourd'hui, nous sommes en possession de la réponse de notre médecin conseil qui nous indique que votre incapacité [est] due à une cause familiale (décès de votre mère). Que le rapport médical du Dr K. \_\_\_\_\_ est trop succinct pour justifier d'une réelle incapacité de travail.

Au vu de ce qui précède, nous arrêtons nos prestations au 27 juillet 2009 et ne faisons pas la continuation de libre passage pour la période du 1<sup>er</sup> au 31 août 2009, soit un mois du fait que vous avez été engagé au 1<sup>er</sup> septembre 2009 par F. \_\_\_\_\_."

**b)** L'assuré a formé opposition à celle décision par acte du 19 novembre 2009. Il a fait valoir que le Dr K. \_\_\_\_\_ l'avait mis en incapacité de travail pour un mois dès le 28 juillet 2009 et que si le rapport médical de ce praticien semblait trop succinct à l'intimée, il appartenait à celle-ci de demander un rapport complémentaire.

**c)** Par décision sur opposition du 11 août 2010, la Caisse a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre la décision du 26 octobre 2009, qu'elle a maintenue.

Elle a exposé que selon une jurisprudence bien établie, le versement d'une indemnité journalière d'assurance-maladie (art. 72 al. 2 LAMal) supposait une incapacité de travail, laquelle devait être médicalement attestée par un rapport médical répondant aux exigences posées par la jurisprudence en ce qui concernait la valeur probante d'un tel document. Or en l'espèce, eu égard au fait que les certificats médicaux dont l'assuré se prévalait avaient été établis par son seul médecin traitant, qu'ils étaient dépourvus de motivation et qu'ils n'émanaient pas d'un spécialiste, ces documents ne pouvaient se voir reconnaître de valeur probante ni donc justifier une incapacité de travail. A titre superfétatoire, la Caisse a relevé que le décès d'un proche ne donnait, en principe, pas lieu à une incapacité de travail, respectivement un congé, allant au-delà de quelques jours; or en l'espèce, il n'existait aucun élément mis en avant par l'assuré, respectivement étayé par son médecin, qui justifierait une incapacité de travail, respectivement un arrêt de travail et un congé, plus important que les quelques jours susmentionnés.

**C.**           **a)** L'assuré, représenté par l'avocat Gilles-Antoine Hofstetter, a recouru par acte du 14 septembre 2010 contre cette décision sur opposition, en concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens que la Caisse doit lui verser de pleines et entières indemnités journalières pour la période courue du 27 juillet au 31 août 2009, sous réserve d'un éventuel délai d'attente contractuel.

Le recourant fait valoir qu'à l'appui de sa décision, l'intimée soutient que le certificat du Dr K.\_\_\_\_\_ est insuffisamment motivé et que ce praticien est le médecin traitant du recourant, raison pour laquelle on ne peut conférer pleine valeur probante à son appréciation, et qu'à titre superfétatoire, le décès d'un proche ne donne en principe pas lieu à une

incapacité de travail, respectivement à un congé allant au-delà de quelques jours. Or cette argumentation est contestable selon le recourant. En premier lieu, il ne tenait qu'à l'intimée de solliciter des renseignements complémentaires auprès du médecin traitant du recourant si elle estimait que son avis n'était pas assez circonstancié; à cet égard, on ne voit guère ce qui aurait justifié que le recourant, pour une incapacité de travail d'un mois, prenne contact avec un spécialiste qui n'est pas son médecin traitant, à l'unique fin de justifier de son incapacité de travail. S'agissant de l'appréciation du Dr K.\_\_\_\_\_, le recourant expose qu'il a invité ce dernier à étayer son appréciation et qu'il la remettra au tribunal dès réception. En tout état de cause, il apparaîtrait de bon sens de considérer que dans le cadre du choc émotionnel significatif occasionné par la perte d'un proche, en l'occurrence la mère du recourant, les troubles d'ordre anxio-dépressif peuvent survenir sur une durée de l'ordre d'un mois. Par ailleurs, le recourant exerçait un métier particulièrement contraignant, du point de vue de l'attention exigée, de sorte qu'il est tout à fait compréhensible que son médecin traitant ait décidé, au vu des circonstances, de le mettre en arrêt de travail pour une durée d'un mois, l'activité de chauffeur de taxi nécessitant une pleine et entière concentration. Enfin, le refus de l'intimée de mettre le recourant au bénéfice d'une assurance individuelle, au seul motif qu'il n'a accepté la proposition qu'avec quelques jours de retard par rapport au délai d'ordre qui lui avait été imparti (acceptation le 25 août, délai au 10 août 2009) apparaît procéder d'un formalisme excessif dans le cadre de la présente espèce. Pour l'ensemble de ces raisons, le recours devrait être admis en ce sens que l'intimée doit prendre en charge l'incapacité de travail courant du 27 juillet au 31 août 2009.

**b)** Dans sa réponse du 22 novembre 2010, l'intimée conclut avec suite de frais et dépens au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle expose que selon les certificats et documents médicaux produits par le recourant, celui-ci aurait été en incapacité de travail suite au décès de sa mère. Or cet élément ne constitue pas, à lui seul, une incapacité de travail; en effet, ce n'est pas la personne assurée qui est touchée par l'événement en cause, mais bien une tierce personne,

soit en l'occurrence, et selon les dires non prouvés du recourant, la mère de celui-ci. Cela étant, contrairement à ce que soutient le recourant, l'événement dont il se prévaut ne justifie pas de manière générale une quelconque incapacité de travail; admettre le contraire reviendrait à admettre que toutes les personnes qui perdent un proche se trouveraient, de manière générale, en incapacité de travail. Dans le cas particulier, on relève l'absence de circonstances exceptionnelles en relation avec l'événement mis en avant - par exemple des circonstances de décès particulièrement dramatiques - et qui pourraient expliquer l'incapacité de travail du recourant, de telles circonstances n'ayant pas été prouvées ni même alléguées par le recourant. Dès lors, on ne saurait admettre que le recourant a été touché par le décès de sa mère - au demeurant non prouvé - plus qu'un tiers placé dans la même situation. Or dans la mesure où, de manière générale, le décès d'un proche ne justifie pas l'existence d'une incapacité de travail, celle alléguée par le recourant doit être niée. S'agissant de la valeur probante des certificats médicaux fournis par le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, l'intimée relève que, selon une jurisprudence bien établie, la valeur probante d'un certificat médical n'est admise que lorsque le certificat en question est clair et bien étayé, les documents médicaux émis par les médecins traitants devant par ailleurs être appréciés de manière restrictive compte tenu du fait que ces praticiens sont généralement enclins, selon l'expérience générale et en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier. Or en l'espèce, les documents médicaux mis à disposition par le recourant émanent tous de son médecin traitant, le Dr K.\_\_\_\_\_, et on peut d'autant moins leur accorder valeur probante qu'ils ne sont pas détaillés et que l'état de santé du recourant n'a pas fait l'objet d'une appréciation par un spécialiste.

**c)** Dans sa réplique du 3 février 2011, le recourant se dit surpris que l'intimée mette en doute le décès de sa mère, estimant curieux d'insinuer qu'une telle allégation soit le fruit de sa son imagination et relevant qu'il était loisible à l'intimée de requérir production des justificatifs du décès de sa mère, ce qu'elle n'a pas fait. Le recourant se réfère ensuite à une prise de position émise le 10 janvier 2011 par le

Dr K.\_\_\_\_\_, qui atteste avoir été contacté par le recourant le 27 juillet 2009 pour une consultation de base en raison d'un état anxio-dépressif de moyen à grave, nécessitant un minimum de deux à trois mois d'arrêt de travail, au vu du décès supplémentaire de la mère de l'intéressé. Dans la mesure où ce praticien confirme l'existence d'un état dépressif incapacitant, l'intimée ne saurait se substituer au médecin en alléguant, sans étayer scientifiquement son propos, qu'un décès ne justifie pas "de manière générale" une quelconque incapacité de travail. On peinerait d'ailleurs à comprendre en quoi un trouble incapacitant ne serait admissible que dans le cas où le décès aurait été particulièrement dramatique. Relevant qu'il a produit une pièce médicale attestant de son trouble incapacitant, qu'aucune pièce médicale du dossier n'atteste du contraire et que l'appréciation du Dr K.\_\_\_\_\_ apparaît ainsi, jusqu'à nouvel avis, parfaitement probante, le recourant maintient les conclusions formulées dans son recours du 14 septembre 2010.

Le 14 février 2011, sur demande du juge instructeur, le recourant a produit le certificat du Dr K.\_\_\_\_\_ du 10 janvier 2011 évoqué sous chiffre 2 de sa réplique du 3 février 2011, qu'il avait omis de joindre à cette écriture. Ce certificat a la teneur suivante:

"Je soussigné, atteste, avoir été contacté par l'assuré le 27.07.2009 pour une consultation de basé pour un état anxio-dépressif moyen à grave, nécessitant un minimum de deux à trois mois d'arrêt de travail, au vu du décès supplémentaire de sa mère.

Je tiens à informer le tribunal compétent qu'un état dépressif modéré, s'il ne se termine pas tragiquement, est réglé en deux à trois mois. Il n'y a donc aucune raison pour que R.\_\_\_\_\_ refuse de payer ce qu'elle doit (une nouvelle fois)."

**d)** Le 16 février 2011, le juge instructeur a informé les parties que, l'instruction apparaissant complète, la cause était gardée à juger.

Le 25 février 2011, l'intimée a déposé une duplique spontanée, dans laquelle elle maintient que le décès d'un proche ne justifie en principe pas une incapacité de travail. Cependant, les conséquences d'un tel décès peuvent conduire à une incapacité de travail, pour autant que des circonstances particulières aient entouré cet événement. Or, tel ne serait pas le cas en l'espèce. En ce qui concerne le certificat du 10 janvier

2011 établi par le Dr K.\_\_\_\_\_, elle estime qu'il est empreint de contradictions, notamment s'agissant de la durée minimale d'arrêt de travail, qui passe d'un à deux ou trois mois. Elle relève encore qu'il ressortirait de ce certificat médical que le recourant présenterait un état anxio-dépressif de base et que le décès de sa mère ne serait qu'un élément aggravant. Or, en cours de procédure, le Dr K.\_\_\_\_\_ n'a jamais évoqué d'état anxio-dépressif de base. Enfin, elle maintient ses conclusions.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; 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. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile - compte tenu de la suspension du délai de recours pendant les fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA) - auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Dès lors que la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. 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 (art. 6 LPGA). Le versement d'une indemnité journalière d'assurance-maladie suppose ainsi une incapacité de travail; est réputée telle, selon l'art. 6 LPGA, 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 (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).

Comme l'a précisé le Tribunal fédéral dans sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves 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 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 2).

**b)** En l'espèce, le recourant a d'abord adressé à la Caisse, par l'intermédiaire de M. \_\_\_\_\_ SA, une déclaration de maladie accompagnée d'un certificat médical établi le 27 juillet 2009 par le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin traitant, qui attestait d'une incapacité de travail totale, pour maladie, dès et y compris le 28 juillet 2009, pour une durée probable d'un mois (cf. lettre A.a supra). Le 22 septembre 2009, ce praticien, invité à fournir à la Caisse des indications détaillées et motivées à travers une formule "rapport médical en cas de maladie", s'est borné à indiquer que le recourant avait souffert d'un "état anxio-dépressif (sa mère est morte)", que l'évolution et le pronostic étaient "probablement favorable" et que le recourant avait présenté une incapacité de travail totale du 28 juillet au 28 août 2009 (cf. lettre A.c supra).

Force est de constater que ces documents, qui ne sont aucunement motivés ni étayés et émanent d'un médecin qui n'est pas au bénéfice d'une spécialisation FMH en psychiatrie et psychothérapie, ne répondent pas aux exigences posées par la jurisprudence et ne permettent pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant aurait présenté une incapacité de travail de plusieurs semaines en raison d'une atteinte à sa santé psychique (cf. consid. 2a supra).

Au surplus, si le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir demandé des renseignements complémentaires au Dr K. \_\_\_\_\_ - étant observé que c'est précisément ce que l'intimée avait fait par courrier du 29 juillet 2009, auquel le Dr K. \_\_\_\_\_ a mis plus d'un mois et demi à répondre (cf. lettre A.c supra) - et a indiqué dans son recours que le Dr K. \_\_\_\_\_ ne manquerait pas d'étayer son appréciation (cf. lettre C.a supra), force est de constater que dans son certificat médical du 10 janvier 2011 (cf. lettre C.c supra), ce praticien n'a fourni aucun élément

supplémentaire; il s'est borné à répéter, en prenant ostensiblement fait et cause pour le recourant, que celui-ci l'avait contacté le 27 juillet 2009 "pour une consultation de base pour un état anxio-dépressif moyen à grave, nécessitant un minimum de deux à trois mois d'arrêt de travail, au vu du décès supplémentaire de sa mère", et ce alors qu'il avait attesté le 22 septembre 2009 d'une incapacité de travail d'un mois (cf. lettre A.c supra).

**c)** Dans ces conditions, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle nie le droit du recourant à des indemnités journalières pour la période litigieuse du 27 juillet au 31 août 2009, les rapports médicaux du Dr K. \_\_\_\_\_ ne permettant pas de retenir l'existence d'une incapacité de travail.

**3. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** S'agissant des frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 45 LPA-VD et art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens. En effet, en prévoyant que le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais dans la mesure fixée par le tribunal, l'art. 61 let. g LPGA exclut l'allocation de dépens à l'assureur social qui obtient gain de cause (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>e</sup> éd., Zurich/Bâle/Genève 2009, ch. 114 ad art. 61 LPGA, p. 791), comme c'était d'ailleurs déjà le cas avant l'entrée en vigueur de la LPGA (cf. ATF 126 V 143 consid. 4).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 11 août 2010 par R.\_\_\_\_\_ SA est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour V.\_\_\_\_\_),
- Me Isabelle Jaques (pour R.\_\_\_\_\_ 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 fédérale 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 :