

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 février 2014

Présidence de Mme BERBERAT
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard
Greffier : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

H._____, à [...], recourante,

et

Z._____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 6 LPGA ; 67, 71 et 72 LAMal

E n f a i t :

A. H. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait à 100% en qualité d'employée agricole auprès de l'exploitation A.X. _____ à [...] depuis le 18 octobre 2010. A ce titre, elle était couverte contre la perte de gain par Z. _____ SA (ci-après : Z. _____ SA ou l'intimée) dans le cadre d'un contrat collectif d'indemnités journalières en cas de maladie.

Le 28 avril 2011, Z. _____ SA a reçu une « déclaration d'incapacité de travail maladie » signée le 6 avril 2011 par l'employeur, lequel indiquait que son employée H. _____ présentait une incapacité de travail dès le 15 mars 2011 en raison d'une tumeur à un sein.

Dans un rapport médical du 11 mai 2011 à Z. _____ SA, la Dresse C. _____, spécialiste en oncologie, a posé le diagnostic de mastectomie droite pour cancer du sein existant depuis le 5 avril 2011 et a attesté une totale incapacité de travail dès le 5 avril 2011 pour une durée indéterminée. La patiente devait suivre une chimiothérapie tous les 15 jours durant 6 mois, laquelle entraînait une fatigue importante. Par ailleurs, en raison de la mastectomie, la patiente présentait une limitation des mouvements du bras droit pendant au moins trois mois. La situation devait être réévaluée à l'issue des traitements de chimiothérapie, soit dans les 6 mois, le pronostic restant toujours réservé dans le cadre du cancer du sein.

Suite la résiliation de son contrat de travail au 31 mai 2011, l'assurée a souscrit une couverture d'assurance d'indemnités journalières maladie à titre individuel dès le 1^{er} juin 2011.

Dans un rapport médical du 26 octobre 2011 à Z. _____ SA, la Dresse N. _____, médecin associé au service de radio-oncologie du Centre hospitalier G. _____, a indiqué que l'assurée avait subi une mastectomie droite pour un carcinome lobulaire invasif du sein droit. Par

la suite, la patiente avait suivi un traitement par radiothérapie du 22 août au 27 septembre 2011, marqué par une asthénie importante et des douleurs au niveau de la paroi thoracique droite associées à une dysphagie marquée. Le rapport précisait que quelques jours après la fin du traitement, une amélioration de la dysphagie avait pu être constatée mais que l'asthénie restait marquée. Concernant la question de la reprise du travail et de l'impact des restrictions médicales sur la capacité de travail, la Dresse N. _____ renvoyait à la Dresse C. _____, responsable du suivi thérapeutique oncologique.

Dans un rapport médical du 15 décembre 2011 à Z. _____ SA, la Dresse C. _____ a précisé que l'incapacité de travail présentée par sa patiente était toujours en cours et que la situation devrait être réévaluée dans les deux à trois mois, le pronostic restant, quant à lui, réservé. Le traitement de chimiothérapie s'était terminé fin août 2011 et celui de la radiothérapie fin septembre 2011, avec une toxicité aiguë et importante, actuellement en récupération.

Dans un rapport du 12 avril 2012 adressé à la Dresse L. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, faisant suite à un examen clinique de l'intéressée le même jour, le Dr F. _____, médecin généraliste et médecin-conseil de Z. _____ SA, a notamment fait état des éléments suivants :

« **Plaintes actuelles :**

Douleurs aux deux épaules irradiant sur le thorax antérieurement et postérieurement, douleurs du coude gauche du côté interne, cervicalgies nocturnes qui l'empêchent de dormir. Fatigue importante.

Cette anamnèse est rendue possible grâce à la présence de sa fille, Madame H. _____, en raison du fait que l'assurée ne parle pas français.

Traitement actuel :

Lanzoprazol 30 mg, 1 cpr le matin (épigastralgies), Sirdalud 4 mg, 1 cpr le soir, Prizide (hypertension artérielle), 1 cpr le matin, Irfen 600 mg, 1 cpr le matin, Tamoxifen, 1 cpr le matin, Dafalgan 1 gr en réserve, Zaldiar, 1 à 2 cpr/j.

Antécédents personnels :

Dit avoir toujours joui d'une bonne santé.

Antécédents familiaux :

Pas de notion de cancer du sein dans la famille.

Status :

Obésité morbide, 106 Kg pour 1m62 (BMI=42), TA 130/80 mm Hg, du côté gauche en position assise, auscultation cardiopulmonaire physiologique, abdomen globuleux mais bien dépressible sans masse pathologique palpable (périmètre 129 cm). Cicatrice de mastectomie calme, mobilisation des épaules complète dans tous les axes passivement et activement malgré des gémississements douloureux à chaque effort de mobilisation.

Articulation du coude gauche qui a fait l'objet d'une infiltration épitrochléenne est sensible à la palpation sans signe inflammatoire, mobilisation du coude complète dans tous les axes.

Examen du rachis :

En position debout pas de troubles statiques majeurs, la patiente arrive à incliner le tronc en avant sans problème, distance doigts-sol 10 cm, Schober lombaire 10-13 cm. Mobilisation du tronc indolore dans tous les axes, marche talons-pointes sp. Thyroïde non palpée.

Conclusion :

Malgré des plaintes subjectives importantes, l'assurée me paraît plutôt bien améliorée des suites de son intervention, en particulier concernant la mobilisation articulaire des épaules et de l'état général (plutôt prise de poids).

La surcharge psychogène est importante, l'assurée étant très gémissante lors de l'examen clinique, mais l'habillage et le déshabillage sont effectués sans problème et sans douleur.

Il y a donc une discordance entre les plaintes présentées par l'assurée et les trouvailles cliniques.

A mon avis une capacité de travail est exigible en tant qu'ouvrière maraîchère qui consiste à remplir des cageots d'endives, ce qui n'est pas une activité très sollicitante autant pour les épaules que pour le dos. J'ai donc plutôt tendance à proposer une reprise de travail au plus tard début mai 2012, ce que je confirme à Z. _____ SA».

Par décision du 17 avril 2012, la caisse a informé l'assurée qu'elle mettait un terme au versement des prestations d'indemnités journalières au 30 avril 2012 au plus tard. Elle s'est référée aux constatations de son médecin-conseil, lequel a considéré que la reprise du travail à 100% était possible dès le 1^{er} mai 2012 dans l'activité d'ouvrière maraîchère, compte tenu de l'absence de limitation fonctionnelle.

Dans son opposition, l'assurée a indiqué qu'elle suivait à l'heure actuelle un traitement d'hormonothérapie, lequel impliquait différents effets secondaires à gérer au jour le jour. Elle a contesté pouvoir reprendre une activité à plein temps dès le 1^{er} mai 2012 compte tenu de fortes douleurs aux deux bras s'étendant jusqu'à la nuque, rendant toute

activité pénible, ralentie et terriblement douloureuse. Son activité habituelle était dès lors inadaptée. Etant au bénéfice d'un certificat médical, elle n'était ainsi pas en mesure de s'inscrire à l'assurance-chômage. Elle a enfin précisé qu'elle avait rendez-vous en date du 2 juillet 2012 avec le Dr R._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, en vue d'une reconstruction mammaire.

Dans un courrier du 11 juin 2012 adressé au Dr F._____, la Dresse C._____ a exposé les éléments suivants :

« Je suis Madame H._____ depuis maintenant plus d'une année à la suite du diagnostic de son cancer du sein. Il s'agit d'un carcinome lobulaire invasif à très haut risque de récurrence avec une atteinte ganglionnaire massive et une faible hormono-sensibilité. Elle a reçu un traitement de chimiothérapie « dose dense » combinant 4 chimiothérapies d'anthracyclines associées au Cyclophosphamide et 4 chimiothérapies de Paclitaxel. Ce traitement a été toxique sur le plan hématologique et induisant une grande fatigabilité. Elle a par la suite reçu un traitement de radiothérapie adjuvante sur la paroi thoracique (mastectomie) ainsi que sur les chaînes mammaires internes et sus-claviculaires droites ayant provoqué des effets secondaires locaux assez importants actuellement en voie de régression.

Dès septembre 2011, une hormonothérapie a complété le traitement adjuvant. C'est à partir du début du traitement d'hormonothérapie que les problèmes douloureux se sont manifestés et accentués. En raison des douleurs invalidantes au niveau des bras et de la nuque, un scanner a été effectué pour écarter une origine métastatique. Il n'existe effectivement pas de lésion radiologiquement décelable, ce n'est pas pour autant que ces plaintes doivent être minimisées. Un essai de traitement de Prednisone à hautes doses avait permis une totale régression des symptômes ce qui montre qu'un phénomène inflammatoire sous-jacent est certainement présent, même s'il n'y a pas de traduction sérologique.

En ce qui concerne la prise pondérale, elle est très fréquente pendant le traitement adjuvant d'un cancer du sein, très certainement liée aux modifications hormonales induites. Qu'il existe une surcharge psychologique liée à tout son suivi oncologique est fort probable, mais à mon avis n'explique pas l'étendue des plaintes de la patiente.

Contrairement à votre avis je pense que la patiente n'est actuellement pas capable d'effectuer le travail de maraîchère avec des ports de charge assez lourdes ».

Par avis médical du 22 juin 2012, le Dr F._____ a entièrement confirmé son avis du 12 avril 2012, estimant que les renseignements fournis par la Dresse C._____ n'apportaient aucun

élément objectif tant du point de vue clinique que paraclinique justifiant la prolongation de l'incapacité de travail.

Par décision sur opposition du 23 août 2012, la caisse a confirmé sa décision du 17 avril 2012. Elle a indiqué que lors d'un entretien téléphonique du 4 juillet 2012, Mme B.X._____ (ancien employeur) avait mentionné que le travail de maraîchère occupé par l'assurée n'était pas physique, puisqu'il consistait à éplucher les feuilles d'endives depuis un tapis roulant et à remplir des cageots de légumes. Elle a également précisé avoir remis à l'assurée un formulaire de demande de prestations de l'assurance-invalidité, que l'intéressée lui a retourné dûment complété le 28 juin 2011.

B. Par acte du 19 septembre 2012, H._____ recourt contre la décision sur opposition du 23 août 2012 et conclut implicitement à son annulation et au réexamen de son cas. Elle confirme les arguments qu'elle avait déjà développés dans le cadre de son opposition. Elle précise néanmoins qu'un travail qui consiste à éplucher des légumes et à remplir des cageots est une activité physique, ce d'autant plus que les bras sont en permanence mobilisés. Elle ajoute qu'elle a un rendez-vous avec le Dr R._____ le 24 septembre 2012 pour une opération de reconstruction mammaire. Par ailleurs, elle bénéficie de séances de physiothérapie au Centre P._____ afin de soulager les douleurs aux deux bras.

Dans sa réponse du 26 novembre 2012, l'intimée conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, sous suite de frais et dépens. Elle produit un avis médical du 22 novembre 2012 du Dr F._____, lequel a précisé que le traitement par hormonothérapie est habituel chez les patientes ayant eu un cancer du sein hormonodépendant. Il dure cinq ans, se prescrit par voie buccale sous forme de comprimés et peut entraîner des manifestations de type ménopausique (sudations, nausées, douleurs musculaires). Le Dr F._____ a estimé que dans le cas d'espèce, lesdits symptômes sont peut-être présents, mais n'empêchent pas une reprise de travail. Au surplus, l'intimée est d'avis que les certificats et rapports des médecins de

la recourante ne permettent pas de mettre en doute les conclusions du Dr F._____, lequel a procédé à des examens complets de l'intéressée. Enfin, l'intimée relève que la recourante n'a fait aucune démarche auprès de l'assurance-chômage dans le délai raisonnable octroyé, alors que cela relève de son obligation de diminuer le dommage. Il ne revient ainsi pas à l'assureur d'assumer une perte de gain lorsque l'assuré est médicalement apte à travailler.

Dans ses déterminations du 22 février 2013, la recourante explique que les douleurs sont toujours très présentes. Toutefois, elle a demandé à la Dresse L._____ de ne plus établir de certificat médical, afin qu'elle puisse s'inscrire à l'assurance-chômage, ce que celle-ci a refusé, considérant que sa patiente n'était pas apte à travailler. Elle indique qu'elle poursuit ses séances de physiothérapie en 2013 et que l'opération de reconstruction mammaire a été fixée au 15 mars 2013.

Dans ses observations du 8 mars 2013, l'intimée se réfère à ses précédentes écritures.

E n d r o i t :

1. a) 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 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 et 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 a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée; il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

b) Le présent litige concerne le versement d'indemnités journalières fondées sur les art. 67 ss LAMal. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières de la part de l'intimée au-delà du 30 avril 2012.

3. a) Toute personne domiciliée en Suisse où 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 pratiquant l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (art. 67 al. 1 LAMal). L'assurance facultative d'indemnités journalières peut être conclue à titre collectif, notamment par des employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes (art. 67 al. 3 LAMal). Lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur. Si, dans l'assurance individuelle, l'assuré ne s'assure pas pour des prestations plus élevées, de nouvelles réserves ne peuvent être instituées; l'âge d'entrée déterminant dans le contrat collectif est maintenu (art. 71 al. 1 LAMal).

b) En l'espèce, la recourante a été assurée contre la perte de gain, dans un premier temps par l'assurance collective d'indemnités journalières conclue par son employeur, et dans un deuxième temps en raison de la poursuite du contrat à titre individuel, conformément à l'art. 71 al. 1 LAMal.

4. a) Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPG; art. 72 al. 2, 1^{ère} phrase LAMal). Il est toutefois admis qu'une incapacité de travail inférieure à 50% soit indemnisée lorsque les conditions générales de l'assureur le prévoient ou lorsque cela a été expressément convenu avec le preneur d'assurance (art. 73 al. 1 LAMal; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in Ulrich Meyer [éditeurs], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV Soziale Sicherheit [SBVR], 2^{ème} édition, 2007, n° 1123 p. 783).

La notion d'incapacité de travail est définie à l'art. 6 LPG. Selon cette disposition, est réputée comme telle 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. 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'une autre domaine d'activité.

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 et les références). Pour déterminer le taux d'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. Conformément à ce qui précède, le taux d'incapacité de travail doit être fixé en fonction de l'incapacité de l'assuré à exercer sa profession habituelle, aussi longtemps qu'il ne peut être raisonnablement exigé de lui qu'il mette à profit sa capacité de travail dans une activité mieux adaptée, au vu de son obligation de diminuer le dommage. Lorsqu'un tel changement est exigible, l'assureur maladie doit en faire part à l'assuré et exiger de lui qu'il recherche une activité adaptée, conformément à son obligation de diminuer le dommage. Il doit lui laisser un délai de trois à cinq mois pour ce faire. L'indemnité journalière reste intégralement due pendant ce délai, en cas d'incapacité de travail totale dans la profession habituelle. Au terme du délai imparté par l'assureur, le droit à l'indemnité journalière dépend du revenu que peut réaliser l'assuré en mettant à profit sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. S'il peut réaliser un revenu supérieur à 50% de celui qu'il aurait réalisé sans atteinte à la santé dans son ancienne profession, il faut considérer qu'il ne présente plus une incapacité de travail de 50% au moins au sens de l'art. 72 al. 2, 1^{ère} phrase LAMal. Il n'a donc plus droit à l'indemnité journalière, sous réserve de conditions contractuelles plus favorables. Lorsqu'il impartit à l'assuré un délai pour chercher une activité mieux adaptée à son état de santé, l'assureur maladie doit l'aviser de son obligation de diminuer le dommage et des

conséquences d'une violation de cette obligation sur le droit à l'indemnité journalière (TF 9C_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.3 et 3.4 et les références; K 56/05 du 31 août 2006 consid. 3.3; ATF 114 V 281 consid. 3c, 129 V 460 consid. 4.2, 4.3 et 5.2 et 111 V 235 consid. 2a; RAMA 2005 KV 342 p. 356).

b) En l'espèce, l'art. 13 ch. 1, 1^{ère} phrase, des "Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal", produites par l'intimée, prévoit le versement d'une indemnité journalière en cas d'incapacité de travail à partir de 25%, étant toutefois précisé que cette disposition "n'est pas applicable aux chômeurs" (art. 13 ch. 1, 2^{ème} phrase). La portée exacte de cette restriction peut être laissée ouverte, compte tenu de ce qui suit.

5. Il convient, dans la présente cause, d'apprécier les renseignements médicaux figurant au dossier. A cet égard, conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles et procède librement à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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.

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, 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. 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 et la référence citée). Ce dernier constat a 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 du 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 confidents 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). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4 et les références). Le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès. Cependant, dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire dans le cadre de la procédure inquisitoire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des

rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, consid. 1d et les références citées).

6. En l'occurrence, si l'incapacité de travail totale de la recourante est admise tant par la Dresse C._____ que par le Dr F._____ jusqu'au 30 avril 2012 - le traitement de chimiothérapie s'étant terminé fin août 2011 et la radiothérapie fin septembre 2011 -, l'appréciation de la capacité de travail de la recourante pour la période ultérieure diverge de manière importante entre les médecins précités. Ainsi, l'intimée nie tout droit de la recourante à des prestations de l'assurance perte de gain individuelle sur la base des appréciations médicales du Dr F._____ des 12 avril, 22 juin et 22 novembre 2012 et conclut à une pleine capacité de travail dans l'activité de maraîchère dès le 1^{er} mai 2012. La recourante conteste cette appréciation en faisant état de fortes douleurs aux deux bras s'étendant jusqu'à la nuque et rendant toute activité pénible, ralentie et terriblement douloureuse. Elle précise au surplus qu'elle bénéficie de séances de physiothérapie au Centre P._____ afin de soulager les douleurs aux deux bras.

a) Il ressort du dossier que la recourante a présenté un carcinome lobulaire invasif à très haut risque de récurrence avec une atteinte ganglionnaire massive et une faible hormono-sensibilité (lettre du 11 juin 2012 de la Dresse C._____ au Dr F._____). Le traitement de chimiothérapie « dose dense » a été toxique sur le plan hématologique et a induit une grande fatigabilité. Le traitement de radiothérapie adjuvante sur la paroi thoracique (mastectomie) ainsi que sur les chaînes mammaires internes et sus-claviculaires droites a par la suite provoqué des effets secondaires locaux assez importants. A la suite d'un examen clinique de la recourante dont les propos ont été traduits par sa fille, le Dr F._____, médecin-conseil de l'intimée, a retenu au chapitre des plaintes des douleurs aux épaules irradiant sur le thorax antérieurement et postérieurement, des douleurs du coude gauche du côté interne, des cervicalgies nocturnes empêchant l'intéressée de dormir, ainsi qu'une fatigue importante (rapport du 12 avril 2012). Il a toutefois conclu que la recourante lui paraissait « plutôt bien améliorée des suites de son

intervention, en particulier concernant la mobilisation articulaire des épaules », tout en constatant « une discordance entre les plaintes présentées par l'assurée et les trouvailles cliniques ». Par courrier du 11 juin 2012, la Dresse C._____ a contesté l'évaluation de la capacité de travail effectuée par le Dr F._____. Elle a exposé que la recourante présentait des « douleurs invalidantes au niveau des bras et de la nuque », lesquelles s'étaient manifestées et accentuées à partir du mois de septembre 2011, correspondant au début du traitement d'hormonothérapie d'une durée de cinq ans (rapport médical de la Dresse C._____ du 15 décembre 2011). Un scanner avait toutefois permis d'écarter une origine métastatique et de conclure à l'absence de traduction sérologique. Toutefois, contrairement au Dr F._____, elle a estimé que si la surcharge psychologique liée à tout son suivi oncologique était fort probable, elle n'expliquait pas l'étendue des plaintes de la patiente (courrier du 11 juin 2012).

b) A l'examen de l'ensemble des pièces du dossier, la Cour de céans considère que les conclusions contenues dans le rapport du 12 avril 2012 du Dr F._____ à la suite de l'examen clinique de la recourante n'emportent pas la conviction, compte tenu du fait que ce praticien ne s'est prononcé ni sur l'atteinte présentée par la recourante aux bras et à la nuque, ni sur les effets secondaires liés à son traitement d'hormonothérapie, ni sur la surcharge psychogène (cf. conclusion du rapport du 12 avril 2012). Ainsi, on peut s'étonner que le Dr F._____ ait focalisé son examen clinique sur les épaules et le dos de la recourante, alors que cette dernière s'est toujours plainte de douleurs aux bras et à la nuque (cf. opposition du 9 mai 2012). Il a dès lors retenu que la recourante présentait une capacité de travail entière en qualité de maraîchère (activité consistant à remplir des cageots d'endives) laquelle n'était pas sollicitante « pour les épaules et le dos », sans se prononcer sur l'atteinte aux bras et à la nuque. En outre, aucun élément relatif au traitement d'hormonothérapie n'a été mentionné dans son rapport, alors que la recourante suivait un tel traitement depuis septembre 2011. Les renseignements donnés ultérieurement par le Dr F._____ (avis du 22 novembre 2012) quant aux répercussions possibles du traitement

d'hormonothérapie suivi par la recourante se révèlent insuffisants, faute de motivation circonstanciée. En effet, le médecin-conseil s'est limité à indiquer que si le traitement pouvait entraîner des manifestations de type ménopausique, il n'empêchait pas une reprise de travail. Toutefois, il n'a pas expliqué pour quelles raisons dans le cas particulier, ces effets secondaires n'entraînaient pas une incapacité de travail significative dans l'activité d'ouvrière agricole, alors que la Dresse C._____ avait relevé que les douleurs de sa patiente s'étaient manifestées et accentuées dès le début de ce traitement. Ce manque de motivation est d'autant moins compréhensible que, dans sa prise de position médicale du 22 novembre 2012, le Dr F._____ a admis que le traitement pouvait entraîner des douleurs musculaires. A cet égard, on rappellera que la recourante a mentionné qu'elle suivait des séances de physiothérapie au Centre P._____ afin de soulager les douleurs aux deux bras (cf. recours), séances qui se poursuivaient en 2013 (cf. réplique du 22 février 2013). Enfin, le dossier médical de la recourante ne comporte pas d'appréciation émanant d'un spécialiste en psychiatrie permettant de statuer en toute connaissance de cause sur une éventuelle pathologie psychiatrique susceptible d'avoir une influence sur sa capacité de travail. La Dresse C._____ a ainsi signalé la présence d'une surcharge psychologique, élément également relevé par le Dr F._____, lequel a finalement retenu un syndrome d'amplification des douleurs.

c) A la lumière des éléments exposés ci-avant, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à la nature des atteintes dont souffre la recourante et à leurs conséquences sur sa capacité de travail, en ce sens que l'évaluation à laquelle a procédé le Dr F._____ ne se fonde pas sur des éléments suffisamment pertinents pour se convaincre de l'absence d'influence d'une quelconque affection sur la capacité de travail de la recourante. L'instruction menée par l'intimée est donc insuffisante et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit, c'est-à-dire de déterminer si la recourante était effectivement capable d'exercer à nouveau à 100% une activité d'ouvrière maraîchère dès le 1^{er} mai 2012. L'intimée ne s'étant pas prononcée sur la capacité de travail de la recourante dans une activité

adaptée, la question du respect ou non du délai (cf. consid. 4a) tel que relevé par l'intimée au stade de la réponse n'a pas à être examinée.

7. a) 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'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'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; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, l'intimée ne pouvait se limiter à demander l'avis d'un médecin généraliste, la présente cause étant caractérisée par une imbrication de plusieurs atteintes pouvant s'influencer réciproquement. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée, qui rendra dès lors une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par toutes les mesures propres à clarifier les points précités, en particulier par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec échanges de vues des experts mandatés, contenant

notamment un volet psychiatrique, rhumatologique et oncologique (cf. art. 44 LPGGA).

8. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGGA), ni d'allouer des dépens, la recourante n'ayant pas eu recours aux services d'un mandataire professionnel (art. 55 al. 1 LPA-VD a contrario).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 23 août 2012 par Z._____ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- H. _____ à [...]
- Z. _____ SA à [...]
- Office fédéral de la santé publique, à Berne

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 :