

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 novembre 2018

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Röthenbacher, juge, et M. Peter, assesseur  
Greffière : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Corinne Monnard  
Séchaud, avocate à Lausanne,

et

**E.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 72 al. 2 LAMal; 6, 26 al. 2 et 43 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], était employée à 100% en qualité de secrétaire-réceptionniste auprès de la Fondation S.\_\_\_\_\_ à Lausanne depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Elle bénéficiait à ce titre d'une assurance collective d'indemnités journalières, conclue par son employeur avec E.\_\_\_\_\_ (ci-après : E.\_\_\_\_\_ ou l'intimée).

Le 9 juillet 2012, l'employeur a annoncé à E.\_\_\_\_\_ une incapacité de travail de l'assurée pour cause de maladie dès le 15 juin 2012, attestée par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie viscérale et laparoscopique, puis dès le 19 juin 2012 par le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin généraliste et traitant.

E.\_\_\_\_\_ a pris en charge le versement des indemnités journalières.

Dans un courrier du 3 août 2012 à E.\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de troubles dépressifs importants secondaires à un conflit professionnel existant depuis juin 2012, d'œsophagite peptique en décours et de status après hémorragie digestive avec selles méléniques. Il a attesté une incapacité totale de travail du 19 juin au 8 août 2012 à réévaluer.

Dans un courrier du 24 décembre 2012 à E.\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics de troubles dépressifs importants secondaires à un conflit professionnel existant depuis juin 2012 et d'œsophagite peptique en décours, faisant toutefois état de douleurs abdominales chroniques d'origine indéterminée et de probable colopathie fonctionnelle sévère. Il a mentionné que l'incapacité de travail était toujours complète, précisant que la reprise était actuellement difficilement envisageable étant donné les troubles décrits.

L'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée le 20 décembre 2012 pour le 31 mars 2013.

E.\_\_\_\_\_ a mis en œuvre une expertise psychiatrique de l'intéressée afin de préciser le status, le diagnostic, les limitations fonctionnelles et leurs répercussions sur la capacité de travail. Dans un rapport du 18 février 2013 faisant suite à un examen psychiatrique de l'assurée du 14 février 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'a pas mis en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail, estimant que la dysthymie présentée par l'intéressée n'avait pas de répercussion sur sa capacité de travail.

Par décision du 27 février 2013, E.\_\_\_\_\_ a informé l'assurée qu'elle mettait fin à ses prestations au 28 février 2013, considérant notamment ce qui suit :

"(...).

Suite à l'étude attentive de votre dossier médical par notre médecin-conseil, dossier complété à ce jour par le rapport de l'expertise effectuée le 14 février 2013 par le docteur B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, vous être jugée médicalement apte à reprendre votre travail à 100% ou à vous inscrire au chômage de suite.

En effet, sur le plan psychiatrique, aucune maladie responsable d'une atteinte à la capacité de travail n'a été mise en évidence et les troubles algiques présents ne revêtent pas un caractère incapacitant."

A la suite de son opposition du 5 mars 2013, l'assurée a fait parvenir à E.\_\_\_\_\_ un rapport médical du 12 mars 2013 du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastro-entérologie, au Dr W.\_\_\_\_\_, ainsi qu'un rapport du 13 mars 2013 du Dr L.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'intéressée, à E.\_\_\_\_\_.

Par courrier du 15 mars 2013, E.\_\_\_\_\_ a informé l'assurée qu'elle n'allait plus bénéficier de l'assurance de l'indemnité journalière de son ancien employeur au 31 mars 2013, mais qu'elle avait la possibilité de

maintenir l'affiliation à la caisse en qualité de membre individuel dès le 1<sup>er</sup> avril 2013.

Dans un courrier du 20 mars 2013 à E.\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_ a confirmé l'incapacité de travail totale actuelle de sa patiente. Il a notamment insisté sur la gravité des troubles somatiques de l'intéressée, laquelle souffrait de douleurs abdominales importantes et invalidantes et qui ne répondaient à aucun traitement médicamenteux. Ces événements remontaient à février 2012, alors qu'elle était en pleine activité professionnelle. Ses douleurs abdominales s'étendaient à présent à l'ensemble du cadre abdominal avec irradiation dans le thorax jusque dans les mâchoires.

Dans un rapport du 21 mars 2013, le Dr M.\_\_\_\_\_ a exposé que la situation digestive de la patiente était sévère et se surajoutait à un état dépressif, en partie réactionnel aux douleurs abdominales, qui lui paraissait suffisamment important pour ne pas être compatible avec une reprise du travail.

Le 28 mai 2013, l'assurée, par son assurance de protection juridique, a informé E.\_\_\_\_\_ qu'elle souhaitait souscrire à titre individuel à l'assurance perte de gain dans le délai de 90 jours qui lui avait été imparti et sollicitait une décision sur opposition.

Par décision sur opposition du 8 juillet 2013, E.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition du 5 mars 2013 et a confirmé sa décision du 27 février 2012 [recte : 2013], en retenant notamment les éléments suivants :

"(...).

Dans le cas d'espèce, l'assurée, appuyée par les médecins qu'elle consulte, conteste le résultat de l'expertise. Rappelons que cette dernière est basée sur une anamnèse familiale, professionnelle et psychosociale complète, que les plaintes de l'assurée sont prises en compte et que les conclusions de l'expert sont dûment motivées. L'expert a également expliqué pourquoi il ne retenait pas les diagnostics proposés par le médecin traitant.

Ni le rapport médical du Dr Bilancioni, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ni celui du Dr W.\_\_\_\_\_ n'apporte d'éléments

qui n'ont pas déjà été pris en compte dans l'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_. Il s'agit uniquement d'une appréciation différente de la situation.

Dès lors, il faut admettre que le rapport d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ a une valeur probante suffisante pour conclure en l'absence de raisons psychiatriques à un arrêt de travail.

Enfin, il faut encore se déterminer sur l'influence des facteurs somatiques sur la capacité de travail de l'assurée. Les nombreux examens mis en place depuis début 2012 n'ont pas permis de mettre en évidence un diagnostic incapacitant. Le Prof. M.\_\_\_\_\_ pose comme diagnostic un syndrome de l'intestin irritable. Il est à relever que ce problème a déjà été abordé alors que l'assurée disposait encore d'une pleine capacité de travail. Il se serait péjoré après le licenciement de l'assurée sans que les examens puissent objectiver l'aggravation.

En l'absence de raisons organiques aux douleurs suffisantes pour justifier une incapacité de longue durée, la jurisprudence relative aux troubles somatoformes doit être appliquée. Or, aucun des médecins consultés ne se réfère à la jurisprudence pour définir le caractère invalidant des pathologies algiques de l'assurée.

Vu que le Dr B.\_\_\_\_\_ a également pris position sur l'absence de critères jurisprudentiels, il faut partir du principe que les douleurs ne sont pas incapacitantes.

Au vu de ce qui précède, la capacité de travail de l'assurée est pleine du point de vue psychiatrique et les douleurs sont surmontables conformément à la jurisprudence."

**B.** Par acte de son mandataire du 13 août 2013, K.\_\_\_\_\_, désormais représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée. Elle conclut à l'admission du recours, à la reconnaissance d'un droit aux indemnités journalières d'E.\_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> mars 2013 et "pour la période échue au 4 juin 2014, sous réserve d'une diminution de l'incapacité de travail de la recourante, E.\_\_\_\_\_ est débitrice et doit prompt paiement à K.\_\_\_\_\_ de la somme de 88'834 fr. 70, avec intérêt à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> mars 2013". Elle soutient qu'elle présente depuis le 1<sup>er</sup> mars 2013 une totale incapacité de travail confirmée par ses médecins traitants. Dans la mesure où l'incapacité de travail totale perdure jusqu'au terme du droit aux prestations, elle a droit à des indemnités journalières de 192 fr. 70 pour le solde de 461 jours sur une période totale du 15 juin 2012 au 4 juin 2014, soit un montant total de 88'834 fr. 70. En cas de doute sur la valeur probante des rapports des médecins traitants, il appartiendra au Tribunal de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire et d'auditionner les médecins traitants. Elle dépose un lot de pièces sous bordereau I.

Dans sa réponse du 4 décembre 2013, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition. Elle relève que le trouble du côlon irritable dont souffre l'assurée est à mettre en lien avec un trouble somatoforme douloureux et ne justifie pas d'incapacité de travail au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral. Elle rappelle en outre que l'intéressée souffre d'un syndrome du côlon irritable depuis de nombreuses années, notamment en février 2012, sans qu'une incapacité de travail n'ait été attestée. Enfin, l'incapacité de travail a toujours été attestée pour des troubles psychologiques et non par des spécialistes en gastro-entérologie.

Dans sa réplique du 1<sup>er</sup> avril 2014, la recourante a confirmé les conclusions prises dans le cadre de son recours. Elle a en outre produit un lot de pièces (20-29) sous bordereau II (notamment rapports des 7 janvier 2014 relatif à une IRM pelvienne dynamique, 20 janvier 2014 du Dr Bilancioni, 31 janvier 2014 du Dr W.\_\_\_\_\_ et 18 février 2014 du Dr M.\_\_\_\_\_).

Dans sa duplique du 14 août 2014, l'intimée se réfère au rapport médical du 10 juillet 2014 du Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin-conseil d'E.\_\_\_\_\_, lequel a conclu que les douleurs abdominales de l'intéressée faisaient référence à un trouble somatoforme douloureux, non invalidant au vu des critères émis par la jurisprudence.

Dans le cadre de ses déterminations du 9 octobre 2014, la recourante dépose un lot de pièces (30-40) sous bordereau II [recte : III] (notamment un contrat d'assurance indemnités journalières n°944 selon la LAMal conclu entre la X.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_; un rapport de protocole opératoire du 3 septembre 2014 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie viscérale, relatif à une rectopexie ventrale par laparoscopie avec assistance robotique Da Vinci, douglasséctomie et infiltration d'anesthésique local; un rapport médical du 3 octobre 2014 du Dr M.\_\_\_\_\_).

Le 16 octobre 2014, la recourante a produit un lot de pièces sous bordereau III [recte : IV] (pièce 41; rapport médical du 10 octobre 2014 du Dr L. \_\_\_\_\_).

L'intimée s'est déterminée le 10 novembre 2014.

A la demande de la juge alors en charge du dossier, la recourante a confirmé le 16 juin 2015 avoir déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Elle a transmis un lot de pièces.

Le 22 juillet 2015, l'OAI a transmis à la Cour de céans le dossier AI de la recourante.

Dans ses écritures des 23 juillet et 3 septembre 2015, la recourante mentionne la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'évaluation du droit à des prestations d'assurance en cas de trouble somatoforme douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. Elle précise avoir déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité en date du 27 septembre 2012 et indique que le Service médical régional de l'AI (SMR) a, par avis médical du 22 mai 2014, confirmé que son état de santé n'était pas stabilisé. Elle a déposé un lot de pièces.

Dans ses déterminations du 16 septembre 2015, l'intimée a contesté l'application de la jurisprudence du Tribunal fédéral relative au trouble somatoforme douloureux en cas d'indemnités journalières perte de gain maladie, dès lors qu'elle ne s'applique qu'aux prestations de longue durée.

La recourante s'est déterminée les 9 octobre (avec un lot de pièces) et 27 novembre 2015, en précisant que l'OAI avait mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

Le 23 décembre 2015, l'intimée a estimé qu'il n'était pas nécessaire d'attendre le résultat de l'expertise.

Le 21 avril 2016, la recourante a sollicité un jugement ou à défaut une décision incidente s'agissant de la mise en œuvre de l'expertise requise en procédure.

Par courrier du 4 mai 2016, la juge alors en charge du dossier a informé les parties qu'elle ordonnait une expertise bidisciplinaire (gastro-entérologique et psychiatrique) et a désigné la clinique J.\_\_\_\_\_ (courrier du 23 août 2016).

A la suite de l'annonce des experts désignés par J.\_\_\_\_\_, la recourante a émis des réserves concernant l'expert Q.\_\_\_\_\_. Par courrier du 27 octobre 2016, la juge alors en charge du dossier a précisé que ce dernier avait une autorisation de pratiquer dans le canton de Genève et était titulaire d'un titre postgrade en psychiatrie et psychothérapie délivré en France mais reconnu en Suisse en novembre 2015.

Dans un rapport du 13 mars 2017 faisant suite à une consultation de gastro-entérologie du 12 janvier 2017 et d'une consultation psychiatrique du 19 janvier 2017, les Drs Q.\_\_\_\_\_, psychiatre et N.\_\_\_\_\_, gastro-entérologue, ont notamment considéré ce qui suit au chapitre "Discussion et synthèse pluridisciplinaire" :

"(...).

### **3. LIMITATIONS ET INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LE DERNIER EMPLOI**

(...).

#### **Incapacité de travail**

Le litige actuel porte sur la question de l'incapacité de travail entre le 15 juin 2012 et le 4 juin 2014. Depuis le 15 juin 2012, celle-ci est attestée à 100%. A l'issue de l'expertise psychiatrique de février 2013, elle a été estimée à 0% à compter du 28 du même mois. Cette conclusion a amené l'assurance perte de gain maladie à cesser le versement des prestations à la même date puis à confirmer sa prise de position par décision sur opposition du 8 juillet 2013.

Au terme de l'expertise actuelle, du point de vue psychiatrique, aucune incapacité de travail n'est admise entre le 15 juin 2012 et le 4 juin 2014 dans un emploi équivalent au dernier.

Par contre, du point de vue gastro-entérologique :

- A compter du 15 juin 2012, l'incapacité de travail pouvait être admise à 50% horaire sans baisse de rendement pour les investigations réalisées dans le cadre d'une suspicion de saignement d'origine digestive haute. Cette incapacité de 50% horaire peut être admise jusqu'au 3 août 2012 au plus tard, date à laquelle il a été décrit un status après hémorragie digestive (non confirmée) avec selles méléniques, outre une œsophagite (résultat desdites investigations) au décours.
- Ensuite, entre le 4 août 2012 et le 6 janvier 2014, aucune incapacité de travail ne peut être retenue.
- Par contre, entre le 7 janvier 2014 (date de l'IRM pelvienne ayant montré un affaissement du plancher pelvien associé à une rectocèle) et le 4 juin 2014, face à un doute médical nécessitant d'écarter des atteintes gastro-entérologiques potentiellement sévères pouvant expliquer les plaintes de l'assurée et leur retentissement dans le quotidien, une incapacité de travail partielle de quelques mois pouvait se justifier pour permettre des investigations médicales et un temps de repos dans ses journées de travail, un taux supérieur ne pouvant cependant pas se justifier."

Dans son écriture du 10 mai 2017, l'intimée a relevé que l'expertise avait pleine valeur probante. Dès lors qu'elle avait versé des indemnités journalières à hauteur de 100% du 15 juin 2012 au 28 février 2013 et que les experts ne retenaient qu'une incapacité de travail à hauteur de 50% du 15 juin 2012 au 3 août 2012, et plus aucune incapacité de travail à compter du 4 août 2012 au 6 janvier 2014, l'intimée constatait que la recourante avait perçu trop d'indemnités journalières. A ce titre, une demande de restitution ferait prochainement l'objet d'un suivi. S'agissant de l'incapacité de travail depuis le 7 janvier 2014, l'intimée a estimé que le droit aux prestations dépendra de l'existence d'une perte de gain, ce qui, en l'état, n'était pas clairement déterminée.

Dans son écriture du 20 septembre 2017, la recourante a nié toute valeur probante à l'expertise J.\_\_\_\_\_. Elle a produit le rapport d'expertise du 29 mai 2017 du R.\_\_\_\_\_ mise en œuvre par l'OAI, lequel conclut à une incapacité totale de travail depuis le 15 juin 2012 pour des motifs psychiques. La recourante a dès lors estimé qu'il convenait

d'écarter le rapport d'expertise de la Clinique J.\_\_\_\_\_ et de s'en tenir aux appréciations et conclusions du R.\_\_\_\_\_ suivies par le SMR.

Le 16 octobre 2017, l'OAI a transmis à la Cour de céans le dossier AI actualisé de la recourante.

Dans ses déterminations du 14 novembre 2017, l'intimée a indiqué que l'OAI s'était basé principalement sur des constatations médicales actuelles et arrivait à des conclusions actuelles et non pas sur les constatations médicales de 2013. Le rapport d'expertise du CEMed du 29 mai 2017 mentionne qu'"actuellement, la capacité de travail est nulle". L'intimée a proposé de soumettre le rapport d'expertise du R.\_\_\_\_\_ aux experts judiciaires. L'intimée a en outre précisé que si la Cour de céans, contre toute attente, devait s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire, il devra être tenu compte des prestations versées par l'AI, voire par d'autres assureurs (LPP...) dans le calcul des indemnités journalières à verser afin d'éviter toute surindemnisation de l'assurée.

La recourante s'est déterminée le 18 janvier 2018.

Le 14 mars 2018, la recourante a fait état de la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral s'agissant de l'autorisation d'exploiter qui a été retirée à la Clinique J.\_\_\_\_\_. Dans ces conditions, elle ne doute pas que la valeur probante de l'expertise du R.\_\_\_\_\_ sera reconnue. Elle a transmis un commentaire pertinent de la doctrine concernant cet arrêt.

Dans son écriture du 13 avril 2018, l'intimée a confirmé la valeur probante de l'expertise réalisée par la Clinique J.\_\_\_\_\_.

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

**1.**           **a)** Le contrat collectif d'assurance en cas de perte de gain dont bénéficie la recourante prévoit l'octroi d'indemnités journalières au sens des art. 67 ss LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10). 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, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAMal).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, respecte les conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), de sorte qu'il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.**           Le litige porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie au-delà du 28 février 2013, singulièrement sur le point de savoir si l'intimée était légitimée à

mettre un terme au versement de ses prestations avec effet à la date précitée.

**3.** En l'espèce, la recourante était assurée pour la perte de gain par le biais d'un contrat collectif conclu par son ancien employeur auprès de l'intimée. Cette dernière ne conteste pas au demeurant la qualité d'assurée de la recourante au-delà de la résiliation du contrat de travail avec effet au 31 mars 2013, l'intéressée ayant fait usage de son droit de passage dans l'assurance individuelle.

A cet égard il sied de relever que, selon l'art. 71 LAMal, l'assuré a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur, lorsqu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés définis par le contrat (al. 1), soit en l'occurrence les employés du preneur d'assurance. L'assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle. S'il omet de le faire, l'assuré reste dans l'assurance collective (al. 2).

**a)** L'art. 72 al. 2 LAMal prévoit que le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGGA).

**b)** Aux termes de l'art. 6 LPGGA, auquel l'art. 72 al. 2 LAMal renvoie expressément, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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.

La précision apportée à la deuxième phrase de l'art. 6 LPGGA est une expression de l'obligation de diminuer le dommage – qui est un principe général du droit des assurances sociales –, selon laquelle il appartient à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout

ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer les conséquences du dommage (voir ATF 129 V 460 consid. 4.2; voir également ATF 114 V 281 consid. 1d). En ce sens, l'assurance d'indemnités journalières n'assure l'incapacité de travail que dans les limites posées par l'obligation de diminuer le dommage (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3<sup>ème</sup> éd. 2015, n° 1461 ss p. 841).

**c)** Lorsque l'assuré doit envisager un changement de profession, l'assurance doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat – pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'alors est due – pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un nouvel emploi (ATF 114 V 281 consid. 5b); dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (TFA K 42/05 du 11 juillet 2005 consid. 1.3, in : RAMA 205 KV 342 p. 356). A l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière, cas échéant réduite, dépend de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré, qui se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu ou pourrait être réalisé dans la nouvelle profession (ATF 129 V 460 consid. 4.2).

**d)** Comme indiqué plus haut, la deuxième phrase de l'art. 6 LPGa concrétise la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à l'obligation de diminuer le dommage, dans la mesure où elle précise que l'activité exigée de la personne assurée – en cas d'incapacité de travail de longue durée – peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. D'après les travaux parlementaires à la base de la LPGa, la notion de "longue durée" doit se comprendre comme signifiant "six mois ou plus" (Initiative parlementaire "Partie générale du droit des assurances sociales", rapport du 17 septembre 1990 de la Commission du Conseil des Etats, in : FF 1991 III 181, 244; voir également Béatrice Despland, L'obligation de diminuer le dommage en cas d'atteinte à la santé, Son application aux prestations en espèces dans l'assurance-maladie et

l'assurance-invalidité, Analyse sous l'angle du droit d'être entendu, Genève/Zurich/Bâle 2012, p. 56).

**4.** Aux termes de l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (al. 1 première phrase). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

**5.** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2).

Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir

supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2).

**6. a)** La recourante a été en incapacité de travail à compter du 15 juin 2012 pour cause de maladie. L'intimée a servi des indemnités journalières de ce fait en sa qualité d'assureur perte de gain en cas de maladie, conformément à l'art. 72 al. 2 LAMal.

**b)** In casu, il ressort des pièces médicales versées au dossier de la recourante (APG et AI) que, sur le plan somatique, cette dernière a présenté dès 2000 une constipation chronique soulagée par exonération digitale. En 2004, elle a été opérée d'une rectocèle antérieure. Dès 2009, elle a présenté des troubles du transit intestinal (diarrhées alternant avec une constipation) avec des douleurs abdominales chroniques et résistantes aux traitements proposés sous forme de médication (IPP [inhibiteurs de la pompe à protons], prokinétiques, laxatifs, antalgiques, sirop de figes...), d'interventions (rectopexie par laparoscopie et douglassesctomie, vidange rectale) et de thérapies (acupuncture, ostéopathie, physiothérapie...).

Les médecins traitants attestent dès juin 2012 une aggravation de ces troubles secondairement à des difficultés d'ordre professionnel vécues par l'intéressée comme du mobbing. L'assurée passe 4 à 5 heures par jour à essayer d'obtenir une exonération de selles. Toutefois, dans un rapport médical du 29 décembre 2012 à l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_ a estimé que la constipation chronique et l'œsophagite peptique légère n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail de l'intéressée. Malgré de nombreuses investigations somatiques (manométrie ano-rectale, deux gastroscopies, une colonoscopie, un CT scan abdominal, un US abdominal, un examen uro-dynamique, une IRM pelvienne dynamique, une iléocolonoscopie, une laparotomie exploratrice, des examens de laboratoire etc...), aucune origine claire de ce trouble n'a pu être mise en relation avec les douleurs ressenties si ce n'est un affaissement du plancher pelvien et une récurrence de rectocèle antérieure.

Sur le plan psychiatrique, la recourante est suivie dès janvier 2013 par le Dr L.\_\_\_\_\_, mais une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle est attestée par le Dr W.\_\_\_\_\_ depuis juin 2012, en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen et une personnalité anxieuse. Dans ses différents rapports, le Dr L.\_\_\_\_\_ mentionne des troubles dépressifs d'intensité moyenne avec symptômes somatiques, des troubles digestifs algiques et une personnalité anxieuse.

**c)** Malgré la complexité de la situation et notamment la question du lien éventuel entre l'état psychique et les douleurs abdominales, l'intimée a estimé que seule une expertise psychiatrique était nécessaire afin de déterminer la capacité de travail de l'assurée. L'expert B.\_\_\_\_\_ a ainsi fait état dans son rapport du 14 février 2013 du diagnostic de dysthymie, n'a pas retenu les critères du trouble somatoforme douloureux et a conclu à une totale capacité de travail dès le 28 février 2013. L'expert a également relevé la présence de "traits de personnalité anankastique avec contrôle d'elle-même et des autres, inhibition affective rigidité. Ces traits de personnalité n'en constituent pas pour autant un trouble de la personnalité". Contrairement à l'avis de l'expert psychiatre, le Dr L.\_\_\_\_\_ a estimé dans son rapport du 13 mars 2013 que sa patiente présentait toujours une incapacité de travail complète, expliquant qu'elle peinait à reconnaître et à nommer les symptômes affectifs, les banalisant au profit de symptômes physiques, raison pour laquelle il divergeait dans l'appréciation de la sévérité du trouble de l'humeur. Le psychiatre traitant excluait toute reprise dans l'activité habituelle; une capacité de travail de 50% dans une autre activité à moyen terme pouvait être envisagée.

**d)** C'est dans ce contexte qu'une expertise judiciaire a été confiée à la clinique J.\_\_\_\_\_, laquelle doit être examinée à la lumière des exigences dégagées par la jurisprudence.

Au plan formel, on relèvera que le rapport de 126 pages contient bien une anamnèse, qu'il relate certaines plaintes de la recourante et que les médecins ont émis certains diagnostics avant de se

prononcer sur la capacité de travail. Toutefois, ces divers éléments sont à ce point enchevêtrés qu'il est quasiment impossible de distinguer entre ceux qui ressortent de la lecture du dossier, les déclarations de l'intéressée sur son historique médical, les plaintes qu'elle a spontanément signalées aux experts, celles qui sont relatées dans les rapports médicaux, les explications scientifiques sur certaines atteintes et les constatations des experts. Le fait de scinder l'expertise par chapitres consacrés aux différents diagnostics - même ceux qui ne sont pas retenus - conduit en outre à d'innombrables redites et permet de douter de la capacité des experts à émettre un jugement global sur la capacité de travail de la recourante. Dans ce contexte, le rapport de la clinique J. \_\_\_\_\_ est difficilement intelligible et on peut se demander si ce motif ne justifierait pas déjà, en soi, de lui nier toute valeur probante. Cette question peut toutefois rester ouverte dès lors que, même s'il fallait admettre que l'expertise satisfait aux exigences formelles, elle présente également d'importantes contradictions et lacunes sur le fond.

Il convient par exemple de souligner que l'anamnèse consiste à reprendre des éléments des rapports médicaux des médecins traitants, de l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ et des indications de la recourante en 2016 afin de mettre en exergue d'éventuelles contradictions dans les propos de l'intéressée, ce qui donne déjà dès le début du rapport une apparence de prévention de la part des experts. S'agissant de l'analyse en gastro-entérologie, on peine à comprendre la motivation des périodes d'incapacité de travail partielles retenues par l'experte en l'absence de diagnostics avérés, dès lors qu'elle a admis, comme l'ensemble des médecins spécialistes, qu'il n'y avait pas d'explication organique décelable tant pour les douleurs abdominales que pour les plaintes liées à la constipation et à la dyschésie. Elle a toutefois considéré que la suspicion d'un saignement d'origine digestive haute le 15 juin 2012 entraînait une incapacité de travail à 50% jusqu'au 3 août 2012, date à laquelle le médecin traitant aurait retenu un status après hémorragie digestive (non confirmée). Par ailleurs, les investigations suite aux rapports d'IRM constatant la présence d'un affaissement du plancher pelvien et d'une récurrence de rectocèle permettaient de reconnaître une incapacité de travail

à 50% du 7 janvier au 4 juin 2014, car "le doute médical pouvait être admis devant les plaintes et motiver des investigations, voire pour accorder un temps de repos à l'assurée, un taux supérieur ne pouvant cependant pas se justifier", sans plus d'explications. Elle a finalement conclu que l'hypothèse d'un trouble psychique apparaissait plus plausible et "sera débattue par mon Confrère expert psychiatre". Les conclusions de l'experte N.\_\_\_\_\_ ne sauraient dès lors être suivies, faute de diagnostics incapacitants.

Sur le plan psychiatrique, l'expert psychiatre semble s'être attaché à poser des diagnostics en fonction des éléments rapportés dans les rapports médicaux du dossier et s'être focalisé sur l'absence d'attitude antalgique ou d'expression faciale douloureuse ou de gêne particulière durant les deux heures d'expertise pour retenir qu'il "existe certes des douleurs alléguées mais sans concordance au niveau clinique, en l'absence de constats perceptibles à l'extérieur pouvant corroborer les dires de l'investiguée quant à son ressenti algique. Cette discordance suggère plutôt une majoration des plaintes algiques". L'expert psychiatre Q.\_\_\_\_\_ a ajouté que "[pour l'assurée] refuser l'inorganicité des troubles reviendrait également à refuser toute reconnaissance ou toute compensation des difficultés ressenties, faisant ainsi entrer en jeu la recherches de bénéfices secondaires". L'expert a ainsi écarté les diagnostics de somatisation, de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme ou autre diagnostic de la lignée des troubles somatoformes. L'expert nie également toute valeur au score de l'auto-questionnaire de dépression de Beck, car il affirme que l'on se trouve clairement dans une situation de surcotation et que l'échelle de Beck a tendance à être trop élevée dans les cas de syndromes douloureux, alors que l'expert a précisément écarté le diagnostic précité. À défaut de description de cette réalité clinique, on ne saurait se rallier sans autre à cette conclusion. Quant à l'examen du trouble de la personnalité, l'expert a écarté ce diagnostic estimant que les critères spécifiques n'étaient pas retrouvés au jour de l'expertise. Selon les critères généraux d'un trouble de la personnalité, la déviation (durable et stable dans le temps) doit s'être manifestée dès le jeune âge adulte (G4), dans divers domaines (G1), à

travers des situations personnelles et sociales très variées (G2), engendrant une souffrance personnelle et/ou un impact nuisible sur l'environnement social (G3). Enfin, il ne doit pas être la conséquence d'autres troubles mentaux ou d'une maladie (G5-G6). Lors de l'examen des critères spécifiques, l'expert Q.\_\_\_\_\_ s'est essentiellement limité à discuter le parcours professionnel de l'assurée et à conclure que le rétrécissement des liens sociaux de l'intéressée pouvait être mis sur le compte de la dysthymie et des plaintes de difficultés d'exonération des selles ne relevant d'aucun diagnostic attestable.

Au-delà des contradictions et lacunes du rapport d'expertise J.\_\_\_\_\_, permettant de lui nier toute valeur probante, il existe en l'occurrence un doute sérieux sur le fait que l'expertise J.\_\_\_\_\_ ait été rendue dans les règles de l'art, vu l'arrêt du Tribunal fédéral du 22 décembre 2017 (TF 2C\_32/2017), relevant, en particulier, que l'administrateur de la Clinique J.\_\_\_\_\_ "a modifié (notamment sur des points non négligeables et en particulier de diagnostics) et signé des dizaines d'expertises sans avoir vu les expertisés et sans l'accord de l'expert". En outre, dans un arrêt récent (TF 9F\_5/2018 du 16 août 2018 destiné à publication), le Tribunal fédéral a considéré que les manquements constatés au sein du "département expertise" soulèvent de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises ont été effectuées au sein de cet établissement et qu'ils portent atteinte à la confiance que les personnes assurées et les organes de l'assurance-invalidité étaient en droit d'accorder à l'institution chargée de l'expertise (voir aussi TF 8C\_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 5.2.2). Dès lors, de même que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité ou le juge ne peut se fonder sur un rapport médical qui, en soi, remplit les exigences en matière de valeur probante (sur ce point, cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), lorsqu'il existe des circonstances qui soulèvent des doutes quant à l'impartialité et l'indépendance de son auteur, fondés non pas sur une impression subjective mais une approche objective (ATF 137 V 210 consid. 6.1.2 p. 267, 132 V 93 consid. 7.1 p. 109 et la référence; TF arrêt 9C\_104/2012 du 12 septembre 2012 consid. 3.1), il n'est pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise qui a été établie dans des

circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée pour l'expertise en cause. Il y a lieu enfin de constater que si l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : l'OFAS) s'est prévalu du fait qu'il avait lui-même renoncé, depuis 2015 déjà - soit antérieurement à l'expertise J.\_\_\_\_\_ en cause -, à confier à cette clinique des mandats d'expertise (réponse du Conseil fédéral du 5 mars 2018 : [www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20185059](http://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20185059)), un tel renoncement n'a toutefois pas été dans le même temps communiqué aux tribunaux cantonaux.

**e)** Au vu des éléments précités, la Cour de céans considère que le rapport d'expertise judiciaire du 13 mars 2017 établi par la Clinique J.\_\_\_\_\_ ne saurait se voir reconnaître valeur probante, respectivement servir de fondement à la décision relative au droit de la recourante aux prestations de l'intimée.

**7.** Il convient d'examiner s'il est possible d'apprécier de manière circonstanciée l'état de santé de la recourante, ainsi que les éventuelles répercussions négatives de celui-ci sur sa capacité de travail en se fondant sur le rapport d'expertise du R.\_\_\_\_\_ du 29 mai 2017 lequel a été mis en œuvre par l'assurance-invalidité.

**a)** Les conclusions de cette expertise, rendues par les Drs P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, et D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, résultent d'une analyse complète de la situation médicale, objective et subjective. L'expertise, qui tient compte de l'ensemble des documents médicaux, porte aussi bien sur les aspects somatiques que psychiques des troubles allégués et repose sur une anamnèse complète, contenant notamment une description des plaintes de l'assurée, de même que de son quotidien. Les experts se sont en outre prononcés sur les limitations fonctionnelles, leur raisonnement est compréhensible et leurs conclusions sont claires.

Dans ses déterminations du 14 novembre 2017, l'intimée relève pour l'essentiel que les conclusions de l'assurance-invalidité

fondées sur le rapport d'expertise du R.\_\_\_\_\_, sont basées sur des constatations médicales actuelles et non de 2013, les experts mentionnant qu'"actuellement la capacité de travail est nulle". L'intimée allègue par ailleurs que les constatations sur le plan psychique sont en contradiction avec celles des Drs B.\_\_\_\_\_ du 14 février 2013 et L.\_\_\_\_\_ du 13 mars 2013.

**b)** Les critiques que l'intimée avance ne permettent cependant pas de remettre en cause la valeur probante de cette expertise. Il faut en effet constater que les experts se sont déterminés en prenant en considération les deux rapports précités (cf. rapport d'expertise du 29 mai 2017, liste des pièces consultées, p. 3) dans l'appréciation du cas. Ils ont ainsi retenu un trouble dépressif récurrent, dont l'épisode actuel est moyen à sévère, avec un syndrome somatique (F33.11; rapport p. 27). Sur ce point, ils ont estimé, s'agissant du rapport du Dr B.\_\_\_\_\_, que l'expert n'avait pas suffisamment pris en compte la souffrance psychique de la recourante (cf. rapport, p. 27) – contrairement au Dr L.\_\_\_\_\_ – pour retenir une dysthymie, dès lors qu'elle présentait notamment un trouble de la personnalité (rapport, p. 29). Dans ce contexte, les experts ont rappelé les probables différents épisodes dépressifs présentés par l'assurée durant l'enfance (maltraitance et carence affective), puis après son divorce lorsqu'elle avait une vingtaine d'années, en 2008 à la suite d'une rupture sentimentale et en 2011, dit épisode s'étant principalement manifesté par des symptômes somatiques avec des douleurs abdominales au premier plan. Retenant en outre un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) avec une focalisation extrême sur la sphère digestive, ils ont expliqué de manière détaillée le lien entre l'état psychique et les douleurs abdominales. Ce syndrome est qualifié de sévère avec des répercussions importantes au quotidien, ce qui perturbe le fonctionnement général de l'assurée. Cette dernière se plaint ainsi de douleurs présentes 24 heures sur 24 et qui perturbent son sommeil. Les experts ont également observé un rétrécissement du champ de la pensée sur les plaintes algiques ainsi que de fréquentes demandes d'investigations ou d'interventions, ce qui démontre la persistance de ces troubles. Au quotidien, la recourante est très peu active, faisant le minimum pour

assurer son ménage. Elle a adopté un mode de vie extrêmement régressif et passe à peu près quatre à cinq heures par jour entre son lit et les toilettes pour essayer d'exonérer ses selles. Les tentatives de mise en place d'activités (ergothérapie, aquagym) se sont soldées par des échecs. Enfin, les experts ont retenu un trouble de la personnalité sévère avec une personnalité dépendante mais surtout évitante (F60.6). Ils ont expliqué qu'il y avait eu un mauvais étayage affectif durant l'enfance, l'assurée ayant été placée chez de proches parents ou des connaissances de ses parents. Elle a été témoin de violences et semble-t-il aussi victime de violences physiques. Elle a quitté sa famille très jeune pour se marier, mariage qui a été rapidement un échec. Les experts ont considéré que ces éléments de nature émotionnelle et/ou psychosociale étaient suffisamment importants pour créer un sentiment de détresse chez l'assurée. Ils considèrent que l'intéressée n'a pas d'aptitude à se défendre et à faire valoir ses droits dans les situations de la vie de tous les jours, ce qui a causé des problèmes insurmontables dans ses deux derniers emplois. Les experts ont en outre précisé que *"ce trouble est sévère et il a des répercussions sur la capacité de travail parce qu'en raison de la sévérité des plaintes algiques, Madame K.\_\_\_\_\_ ne parvient pas à mobiliser ses ressources personnelles ce qui ressort très clairement de l'anamnèse, notamment psycho-sociale. Madame K.\_\_\_\_\_ peut se rendre à ses rendez-vous. Les capacités d'adaptation sont faibles et cela ressort des conflits rencontrés dans sa dernière activité professionnelle. Elle a de faibles capacités d'endurance et elle passe une bonne partie de ses journées en position allongée. Elle fait le minimum pour son entretien intérieur"*. Ainsi - contrairement à ce que soutient l'intimée - les experts ont rejoint les appréciations du Dr L.\_\_\_\_\_ contenues dans ses rapports médicaux successifs, mentionnant qu'ils avaient trouvé la patiente telle que son psychiatre traitant l'avait décrite, notamment s'agissant de ses difficultés à verbaliser ses affects avec une focalisation sur les symptômes physiques. La décompensation psychique actuelle et les limitations fonctionnelles ont été qualifiées de sévères et sont les suivantes : anhédonie, tristesse, incapacité à se mobiliser dans des activités au quotidien en raison des douleurs, fragilité psychique et grandes difficultés interpersonnelles. Ils ont estimé que, sur le plan psychique, la capacité de

travail était nulle depuis le 15 juin 2012 (rapport, p. 31, réponse à la question 3.5), alors qu'elle est entière sur le plan physique.

**c)** Compte tenu de ce qui précède, la Cour s'en tiendra à l'appréciation ressortant du rapport du R.\_\_\_\_\_, à savoir une incapacité totale de travail dès le 15 juin 2012 pour des motifs psychiques.

**8.** Il résulte de ce qui précède que l'intimée n'était pas fondée à nier le droit de la recourante à l'indemnité journalière en cas de maladie au-delà du 28 février 2013, dès lors qu'il est constaté que l'incapacité de travail de l'intéressée perdure jusqu'au terme des prestations, étant précisé qu'il n'est pas contesté que l'indemnité journalière est de 192 fr. 70. Le recours est donc bien fondé dans sa conclusion III. La cause est cependant renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision sur le droit aux prestations de la recourante après examen de l'étendue du droit, au plan temporel, et de sa quotité au regard d'une éventuelle surindemnisation, l'intéressée étant notamment au bénéfice d'une rente entière d'invalidité versée rétroactivement à compter du 1<sup>er</sup> juin 2013 par l'OAI.

S'agissant de la conclusion portant sur les intérêts, la recourante sera renvoyée à l'art. 26 al. 2 LPGA, qui prévoit que des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Dans le cas présent et dès lors que c'est dans le cadre du recours que l'assurée fait valoir pour la première fois le droit à des intérêts moratoires, ceux-ci ne sont dus qu'à partir du 14 août 2014 (l'acte de recours est daté du 13 août 2013). Le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (art. 7 al. 1 OPGA [ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002; RS 830.11]).

**9.** **a)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

**b)** La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). Il sied de rappeler qu'en procédure de recours cantonale, il n'existe pas de droit à un remboursement intégral des dépens occasionnés, ces derniers devant être fixés par le tribunal (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3<sup>ème</sup> éd., Zürich/Bâle/Genève 2015, ch. 211 ad art. 61 LPGA, p. 835 et référence citée). En effet, l'octroi de dépens ne couvre pas l'intégralité des frais engagés par la partie qui obtient gain de cause pour défendre ses intérêts. Il s'agit d'une participation à ses frais (Bovey/Blanchard/Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, 2012, n° 1 ad art. 55 LPA-VD).

Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 8 juillet 2013 par E.\_\_\_\_\_ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III.** E.\_\_\_\_\_ versera à la recourante la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- IV.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne (pour la recourante),
- E. \_\_\_\_\_, 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 :