

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 décembre 2015

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Thalmann et Dessaux, juges
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourante, représentée par Me Roberto Izzo, avocat à Lausanne,

et

F._____, à [...], intimée.

Art. 6 LPGA ; 72 al. 2 LAMal

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) née en [...], travaillait pour la société R. _____, comme vendeuse, depuis le [...]. Elle bénéficiait d'une assurance d'indemnité journalière en cas de maladie selon la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10) auprès de F. _____ (ci-après : l'assurance ou l'intimée).

B. L'assurée a fait valoir une incapacité de travail totale due à la maladie, depuis le 6 décembre 2012, auprès de F. _____, qui a alloué des indemnités journalières pour perte de gain.

Dans son rapport médical LAMal du 8 mars 2013, le Dr S. _____, médecin praticien et médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué un état anxio-dépressif grave et un trouble de l'adaptation sur surcharge professionnelle et privée, avec répercussion sur la capacité de travail. Il a également posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique mais sans répercussion sur la capacité de travail. Il a indiqué que sa patiente était en incapacité de travail totale du 6 décembre 2012 au 8 décembre 2012 et depuis le 14 décembre 2012 pour une durée indéterminée. Il ajoutait que le pronostic était réservé et qu'une reprise totale ne pouvait pas être prévue pour l'instant, précisant que sa patiente avait des ressources et que le travail pourrait donc être repris « à moyen terme ».

L'assurance perte de gain a mandaté le Dr M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin de réaliser une expertise. Dans son rapport d'expertise du 8 mai 2013, ce médecin a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, avec répercussion sur la capacité de travail. Sous le chapitre intitulé « Appréciation du cas », il a mentionné ce qui suit :

« Assurée de 44 ans, au bénéfice d'un CFC de vendeuse, travaillant dès l'âge de 22 ans comme vendeuse à 100% dans différents établissements, au bénéfice d'une incapacité de travail médicalement attestée par son médecin généraliste traitant à 100%

dès le 14 décembre 2012, dans le cadre d'une surcharge professionnelle.

L'examen psychiatrique du 07 mai 2013 met en évidence:

- o Les éléments anamnestiques d'un trouble de l'adaptation, avec état de détresse et perturbations émotionnelles survenu au décours de l'incendie du magasin dans lequel elle travaille, dont elle a été entièrement responsable de mai à octobre 2012, en raison de l'indisponibilité du patron, hospitalisé pour une cure de désintoxication alcoolique. Il se trouve que le patron dormait souvent dans la cave du magasin, que lorsqu'elle a appris l'incendie, elle a signalé la nécessité de vérifier que le patron ne soit pas à la cave, et lorsqu'elle est arrivée, elle a trouvé les pompiers sortant ce patron de la cave, et a pensé que ce monsieur était décédé. Il se trouve qu'il a été hélicoptéré en caisson hyperbare à Genève et s'est tiré d'affaire de cette dramatique situation. Ce moment a représenté un choc important pour l'assurée, qui dit travailler depuis quelques années de façon difficile avec un patron alcoolique et que cette situation a décompensé un contexte professionnel déjà fragile. L'assurée précise une amélioration de la situation symptomatique initiale avec amélioration sur le plan psychique apparue dès février 2013, plus perceptible depuis mars 2013,
- o Les éléments cliniques de l'amélioration sus-mentionnée, avec moral. préservé, sans tristesse ni irritabilité, ruminations existentielles sans idées noires, fatigabilité anamnestique sans trouble de concentration ou de mémoire, sans anhédonie, sans repli social, sans perte d'estime d'elle-même, sommeil qualifié de mauvais, perturbé par des réveils en fonction des douleurs, appétit conservé. Le tableau est particulier de par sa fluctuation, avec, à raison de 80% du temps, des moments où elle se sent moins bien et s'isole, à raison de 20% du temps, des moments où elle se sent mieux et rencontre ses amis, se promène au bord du lac et dessine. La poursuite de l'amélioration dans les semaines qui viennent, doit permettre la reprise d'une capacité de travail à 100% raisonnablement exigible au 01 juillet 2013,
- o Une absence de symptomatologie significative d'un diagnostic particulier et incapacitant, avec éléments en faveur d'angoisses itératives qui passent seules, sans élément en faveur d'agoraphobie, de claustrophobie, de phobie sociale, l'assurée mentionne des éléments en faveur de crises d'anxiété généralisée avec palpitations, sueurs et sentiment d'oppression thoracique à raison d'une fois par semaine, ce qui signe, selon les critères CIM-10, un tableau d'anxiété généralisée d'intensité légère, n'ayant pas de valeur incapacitante, l'assurée mentionne des rituels de vérification,
- o Une absence de signe floride de la série psychotique et de critère CIM- 10 de trouble de personnalité,
- o L'existence d'une symptomatologie algique, avec douleurs articulaires des genoux et des coudes, de la nuque, douleurs

musculaires avec sensation de brûlure sur l'ensemble du corps et de migraines, sans grande intensité ni détresse.

L'existence de cette symptomatologie algique, diagnostiquée par son rhumatologue traitant de syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent, doit faire envisager un diagnostic de trouble somatoforme douloureux qui, pour ce qui concerne son éventuel aspect incapacitant, doit être apprécié selon les critères de sévérité de la jurisprudence, à savoir:

- o L'existence d'une comorbidité psychiatrique manifeste qui n'est pas retrouvée dans la mesure où le trouble de l'adaptation est strictement lié à l'événement dramatique de décembre 2012 quant à l'incendie du magasin et s'améliore progressivement de façon plus perceptible dès mars 2013,
- o Une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ne peut être envisagée, dans la mesure où il apparaît à l'anamnèse des douleurs dès 2009, mais qui n'ont pas alors fait envisager d'incapacité de travail, le tableau s'est aggravé depuis le choc qu'a représenté l'incendie du magasin,
- o une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie n'est pas retrouvée,
- o un état psychique cristallisé n'est pas retrouvé,
- o l'échec au traitement ne peut être envisagé puisqu'aucun traitement psychiatrique n'a été envisagé.
- o L'ensemble des critères de sévérité de la jurisprudence n'étant pas réunis, nous ne pouvons envisager l'aspect incapacitant de ce trouble algique.

Nous avons pris bonne note du rapport médical, en date du 08 mars 2013, sous la signature du médecin généraliste traitant envisageant un trouble de l'adaptation sur surcharge professionnelle et privée, avec lequel nous sommes en accord, comme mentionné plus haut, l'évolution lentement favorable doit permettre la reprise d'une capacité de travail raisonnablement exigible à 100% au 01 juillet 2013.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial. Nous n'avons pas d'autre diagnostic à proposer.

Nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 07 mai 2013 met en évidence un Trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, F43.22 responsable d'une atteinte à la capacité de travail. L'évolution lentement favorable, puis perceptible dès mars 2013, doit permettre une reprise de travail à 100% raisonnablement exigible au 01 juillet 2013.

Les limitations fonctionnelles

Perturbation émotionnelle liée à l'incendie du magasin où elle travaille avec perte d'élan, phobie sociale, évitement du lieu

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Le dossier mis à notre disposition mentionne une incapacité de travail médicalement attestée à 100% depuis le 14 décembre 2012

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Lente évolution favorable

Concernant la capacité de travail exigible

- Dans l'activité habituelle : sur le plan psychiatrique, à 100 % à compter du 01 juillet 2013
- Dans l'activité adaptée : sur le plan psychiatrique, à 100% à compter du 01 juillet 2013
- Influence sur la réadaptation professionnelle:** nous ne voyons pas de raison médicale, d'ordre psychiatrique, à une réadaptation professionnelle. »

Fondée sur ce rapport d'expertise, F._____ a rendu une décision en date du 3 juin 2013 dans laquelle elle informait l'assurée que la reprise du travail était raisonnablement envisageable à 100 % dès le 1^{er} juillet 2013 et qu'elle mettrait fin à ses versements au 30 juin 2013 au plus tard.

Le 11 juin 2013, l'assurée a formé opposition à la décision du 3 juin 2013, concluant à son annulation et au maintien du droit aux indemnités journalières. L'intéressée informait l'assurance qu'elle recevrait prochainement un rapport médical du médecin traitant attestant que l'incapacité de travail à 100% se poursuivait et que si cela n'était pas suffisant, elle diligenterait une expertise médicale neutre.

Par courrier du 11 juin 2013 [daté cependant du 14 juin 2013 dans le lot de pièces produites par l'assurée le 25 septembre 2013] adressé à F._____, le Dr S._____ a signalé à cette dernière qu'il ne partageait absolument pas le point de vue de l'expert. Indiquant qu'il ne se permettait pas de rejeter les conclusions psychiatriques de son confrère, il lui reprochait de ne pas avoir tenu compte de la problématique

globale de l'assurée dans un contexte extrêmement défavorable à la reprise d'un travail de vendeuse en boutique avec la péjoration nette de ses douleurs chroniques. Il ajoutait qu'outre l'état anxio-dépressif marqué qu'elle présentait, D._____ souffrait depuis des années d'un syndrome poly-insertionnel douloureux très actif, de céphalées invalidantes de type arnoldite ayant tendance à se chroniciser, d'un torticolis aigu et d'un état asthénique marqué. Selon le Dr S._____, dans le contexte de surcharge professionnelle qu'avait vécu et que vivait toujours l'assurée, cette symptomatologie s'était nettement péjorée et le retour sur le marché du travail était très improbable pour l'instant.

Le courrier du 11 juin 2013 du Dr S._____ a été communiqué au médecin conseil de F._____, qui, dans un document interne intitulé « Procès-verbal de la séance médicale » du 23 juillet 2013, a considéré que ce document ne remettait pas en cause les conclusions de l'expert M._____ et qu'il n'existait pas de symptôme somatoforme persistant incapacitant.

Par décision sur opposition du 23 août 2013, F._____ a rejeté l'opposition du 11 juin 2013 et confirmé la décision du 3 juin 2013. En substance, elle a estimé que dans son courrier du 11 juin 2013, le Dr S._____ se contentait de faire une évaluation différente et contraire au droit applicable à la situation, dans la mesure où il considérait que les troubles somatoformes douloureux devaient être ajoutés à l'état psychique pour évaluer l'incapacité de travail. Or l'assurance rappelait que selon la jurisprudence, il existait une présomption que les troubles somatoformes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Elle relevait également que le Dr S._____ avait reconnu dans son premier rapport médical [celui du 8 mars 2013] que sa patiente avait des ressources. Vu la prise de position du Dr M._____ sur l'absence de critères jurisprudentiels, F._____ considérait que les douleurs n'étaient pas incapacitantes. Elle estimait dès lors que l'expertise du Dr M._____ avait une valeur probante suffisante pour conclure à l'absence de raisons psychiatriques à un arrêt de travail au-delà du 30 juin 2013.

C. Par acte du 25 septembre 2013, D._____ a recouru à l'encontre de la décision sur opposition du 23 août 2013, concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer sa capacité de travail. Principalement, elle a conclu à l'admission du recours, à l'annulation de la décision sur opposition et à la réforme de celle-ci en ce sens qu'elle a droit à des indemnités journalières pleines et entières, rétroactivement au 1^{er} juillet 2013 et jusqu'à ce qu'elle retrouve une pleine capacité de travail. Subsidiairement, elle a conclu à l'admission du recours, à l'annulation de la décision sur opposition et au renvoi de la cause à F._____ pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle conteste que l'expertise du Dr M._____ ait une valeur probante suffisante pour conclure à l'absence d'incapacité de travail au-delà du 30 juin 2013. Elle invoque, en substance, souffrir d'autres troubles de santé, ainsi qu'en atteste le Dr S._____, et qu'il convient, pour évaluer sa capacité de travail, de prendre en compte l'ensemble des circonstances. Elle rappelle que selon son médecin traitant, elle se trouve dans un contexte fortement défavorable à la reprise d'un travail de vendeuse en boutique, au vu de l'importance de ses douleurs chroniques. Elle ajoute qu'elle souffre, en sus d'un état anxio-dépressif marqué, d'un syndrome poli-insertionnel douloureux très actif pour lequel elle est suivie par le Dr H._____, ainsi que de céphalées invalidantes ayant tendance à se chroniciser, d'un torticolis aigu et d'un état asthénique marqué. Elle considère également que la décision attaquée se fonde exclusivement sur l'appréciation médicale de l'expert mandaté par l'intimée, lequel ne s'est prononcé que sur l'aspect psychiatrique sans tenir compte de la répercussion de ses autres problèmes de santé, notamment rhumatologiques, sur son psychisme ainsi que sur sa capacité de travail. Se fondant également sur l'appréciation du Dr S._____ du 11 juin 2013, elle estime que les conclusions du Dr M._____ sur la reprise d'une activité professionnelle à partir du 1^{er} juillet 2013 ne sauraient être suivies et que l'appréciation par l'expert mandaté par l'intimée n'a pas de valeur probante supérieure à celle de son médecin traitant.

Dans sa réponse du 29 octobre 2013, F._____ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 23 août 2013. Elle a également conclu à ce que la recourante soit déboutée de toutes ses conclusions ou conclusions contraires, à ce que cette dernière soit condamnée aux frais et dépens, et subsidiairement à « acheminer F._____ à prouver par toutes voies de droit ou moyens les faits allégués dans ses écritures ». Se fondant sur la jurisprudence fédérale, l'intimée considère notamment que les conditions pour admettre l'aspect incapacitant du trouble somatoforme douloureux ne sont en l'espèce pas réalisées puisqu'il n'existe chez la recourante aucune comorbidité psychiatrique manifeste et que l'assurée ne présente pas d'affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, dans la mesure où aucune douleur n'a entraîné d'incapacité de travail. Selon l'intimée, il n'existe pas non plus de perte d'intégration sociale, ni aucun état psychique cristallisé. Comme aucun traitement psychiatrique n'a été ne serait-ce qu'envisagé, l'assurance estime qu'on ne peut pas non plus retenir l'échec du traitement. Elle ajoute que le Dr M._____ n'a constaté aucune dépression majeure, ni de décompensation psychotique, pas plus que d'anxiété incapacitante ou de trouble de la personnalité morbide, ni de perturbation de l'environnement psychosocial. De surcroît, F._____ relève que le rapport médical complété par le Dr S._____ le 8 mars 2013 confirme l'expertise du Dr M._____, en ce sens que le trouble somatoforme douloureux n'a aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. L'intimée mentionne également que la question de la surcharge professionnelle n'est plus pertinente puisque la recourante n'a plus travaillé depuis de nombreux mois. S'agissant de l'opinion du Dr S._____, l'intimée considère que les deux rapports de ce médecin ne remplissent pas les critères de la jurisprudence en la matière, contrairement à l'expertise du Dr M._____. Elle reproche notamment au Dr S._____ de faire état d'une péjoration des douleurs chroniques de sa patiente sans étayer ses affirmations. Elle relève aussi que selon les constatations de ce médecin du mois de mars 2013, la recourante disposait de ressources nécessaires et qu'une reprise du travail à moyen terme devait être possible, cela sans compter que l'assurée avait fait part à l'expert d'une nette amélioration

depuis plusieurs mois. Selon l'intimée, cette amélioration doit certainement être mise en rapport avec le fait que D._____ n'était plus en lien avec son employeur, puisque l'affection dont elle souffrait était principalement en relation avec sa situation professionnelle. Finalement, citant la jurisprudence en la matière, l'intimée rappelle que le médecin traitant est généralement enclin à prendre le parti de son patient en raison du lien de confiance qui l'unit à celui-ci et que par conséquent, l'avis du médecin conseil ou de l'expert prime l'avis du médecin traitant. En conséquence, l'intimée estime que c'est à raison que l'assureur a limité le droit aux prestations de l'assurée à compter du 1^{er} juillet 2013, en se basant sur l'expertise du Dr M._____, au motif que la recourante a retrouvé une capacité de travail dès cette date.

En date du 11 avril 2014, la recourante a produit un rapport d'expertise établi le 21 mars 2014 par le Dr K._____ et co-signé par le Dr Q._____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, dans lequel ces médecins posent le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et d'anxiété généralisée. Ces médecins précisent que l'expertisée est suivie par son généraliste, le Dr S._____, à raison d'une à deux fois par mois, par son rhumatologue le Dr H._____, ainsi que par le Dr L._____, psychiatre, à partir du 13 août 2013. Il ressort ce qui suit du chapitre intitulé « Discussion » :

« Mme D._____ est une expertisée qui présente un épisode dépressif qui était sévère entre décembre 2012 et février 2013 selon la reconstitution de la symptomatologie à cette époque, et qui est actuellement moyen (persistance d'une symptomatologie de perte d'élan vital, perte du plaisir aux choses agréables, perte d'envie et de motivation, troubles du sommeil, ralentissement psychomoteur, tristesse, découragement, sentiment d'inutilité et perte de l'estime de soi, absence de perspective) avec des symptômes somatiques (ralentissement psychomoteur, perte du plaisir aux situations agréables et absence de réactivité émotionnelle, troubles du sommeil).

Cet épisode dépressif débute en réalité déjà avant l'incendie qui met un terme à l'exploitation du magasin où elle était la seule employée et la gérante substitutive de fait. Madame D._____ décrit en effet l'apparition des symptômes typiques quelques mois avant l'incendie.

Cet incendie précipite le début de l'incapacité de travail, alors que Madame D._____ est déjà largement affaiblie et qu'elle a épuisé ses ressources.

La présence d'un syndrome de stress post-traumatique n'est actuellement pas exclue, mais tous les critères pour un tel syndrome ne sont pas remplis (notamment, il ne s'agit pas d'un événement catastrophique majeur tel une catastrophe naturelle, un viol, la torture, etc au sens de la CIM-10).

Rappelons toutefois que cet incendie a lieu dans des conditions dramatiques, avec un patron en dérive complète, endormi sur les lieux du sinistre, en danger de mort réellement.

L'expertisée présente d'autre part de longue date un trouble anxieux sous forme d'une anxiété généralisée [...].

A cela s'associe un état douloureux chronique chez l'expertisée, état qui était déjà présent mais dont l'aggravation contribue à figer l'incapacité de travail.

Lors de l'expertise par le Dr M._____, il n'a pas pu être mis en évidence un syndrome dépressif significatif. Relevons à ce sujet que le médecin traitant a une autre perception de sa patiente que le Dr M._____.

Entre autres hypothèses, nous pouvons imaginer que le tableau clinique décrit par le Dr M._____ soit en lien avec le mode d'entrer en relation de la patiente, ainsi qu'à la grande difficulté de Mme D._____ d'exprimer ce qu'elle ressent.

Nous pensons pour notre part que, au vu du status psychiatrique de la patiente, de son histoire et de son mode de vie, Madame D._____ devait présenter à l'époque, si ce n'est un tableau de syndrome dépressif complet, au moins une ébauche d'un tel syndrome.

Son évolution a en tout cas montré qu'elle n'a pas eu une capacité de travail significative par la suite, malgré la pression des difficultés financières. »

Sous le chapitre intitulé « Conclusions », le Dr K._____ et le Dr Q._____ ont relevé ceci:

« Selon notre investigation, le pronostic relativement favorable du Dr M._____ ne correspond ni à l'évolution réelle, ni aux ressources disponibles de Madame D._____ en été 2013.

Par la force des choses, Madame D._____ s'est inscrite au chômage et elle bénéficie d'une indemnisation à 50% dès le 1^{er} novembre 2013.

Nous sommes de l'avis qu'il s'agit d'une situation qui s'est aménagée de la sorte en fonction de notre système social et des besoins économiques de l'expertisée.

En réalité, cette dernière n'a manifestement pas disposé de capacité de travail exploitable jusqu'au 1^{er} octobre 2013 et elle dispose au maximum d'une capacité de travail de 50 % depuis lors.

La situation psychiatrique dans son contexte suggère plutôt une incapacité de travail complète. Des mesures professionnelles sont nécessaires pour trouver un emploi plus adapté et cela à un taux d'activité progressivement croissant. »

Fondée sur cette expertise, la recourante a entièrement confirmé ses conclusions et estimé que le rapport du Dr K. _____ devait conduire la Cour de céans à admettre celles-ci sans qu'il ne soit nécessaire d'entreprendre d'autres mesures d'instruction, se réservant toutefois de requérir la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique.

L'intimée s'est déterminée sur le rapport du Dr K. _____ en date du 23 juin 2014. En substance, elle reproche à ce médecin d'avoir peu étayé son rapport dont les conclusions ne sont pas claires, en particulier s'agissant de la capacité de travail de la recourante. Elle estime de surcroît que ce document n'apporte pas d'élément nouveau et qu'il ne répond pas aux critères de la jurisprudence en la matière. En outre, l'assurance constate que la recourante ne produit aucun certificat médical attestant d'une incapacité de travail au-delà du mois de juillet 2013 alors qu'il s'agit d'une exigence de l'art. 13 al. 12 des conditions générales d'assurance. Dans ces conditions, elle ne saurait de toute manière indemniser une quelconque perte de gain au-delà du 31 juillet 2013. L'assurance s'étonne enfin du fait que la recourante ait déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI) le 2 décembre 2011 [en réalité, le formulaire de demande est daté du 27 juillet 2011] alors même qu'elle ne se trouvait pas en incapacité de travail.

Dans ses écritures du 18 août 2014, la recourante a confirmé ses conclusions et a notamment contesté l'argument selon lequel le rapport du Dr K. _____ serait peu clair, en particulier concernant la capacité de travail de la recourante. Elle a en outre produit les certificats médicaux d'incapacité de travail au-delà du 31 octobre 2013, précisant que les certificats figurant au dossier couvraient la période allant jusqu'au 31 octobre 2013. L'assurée est d'avis que ces certificats corroborent l'opinion du Dr K. _____ selon laquelle le taux de 50 % de capacité de travail constitue une maximum, dans la mesure où ces certificats font état d'une incapacité de travail partielle jusqu'à la fin de l'année 2013, puis à nouveau totale à partir du mois de mars 2014 à tout le moins jusqu'au 31 juillet 2014.

D. En date du 13 avril 2015, le juge instructeur a ordonné la production du dossier de l'assurée auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI). Ce dossier contient de nombreux renseignements, en particuliers médicaux, qui sont énumérés ci-après, dans la mesure où ils sont pertinents pour la présente cause.

En date du 27 juillet 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de « migraines chroniques - fibromyalgie - inflammation articulaire ». Lors d'un téléphone du 17 août 2011 avec l'OAI, elle a exposé qu'elle n'avait pas cessé de travailler, mais qu'elle n'allait pas au travail de temps en temps à cause de ses atteintes à la santé ; lorsqu'elle rentrait chez elle après le travail, elle allait directement se coucher ; elle n'avait plus de vie à côté et souhaitait adapter ou diminuer son horaire. Son activité actuelle l'obligeait à rester debout, ce qui n'était pas toujours facile. Son employeur a pour sa part exposé à l'OAI qu'il lui versait un salaire pour une activité à 100 %, mais que son rendement réel correspondait à un 70 %.

Dans son rapport médical du 29 août 2011 adressé à l'OAI, le Dr W._____, médecin praticien, a posé les diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail : « migraines temporales gauches, cervico-scapulalgies bilatérales sur troubles dégénératifs, fibromyalgie, status après TCC (en 1985), état anxio-dépressif réactionnel ». Il a estimé qu'il existait une incapacité de travail de 100 % du 21 au 26 mars 2011. Il a également considéré que l'activité exercée était encore exigible à 100% avec une diminution de rendement de 20 à 30% en raison des douleurs et de la fatigabilité. Il ajoutait que les postures statiques et un milieu stressant ainsi que les ports de charge au-delà de 10 à 15 kg étaient à éviter.

Dans son rapport médical du 6 septembre 2011 adressé à l'OAI, le Dr N._____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : « migraine en crises récidivantes, céphalées de tension, probable syndrome de

surconsommation médicamenteuse des antalgiques et des triptans, fibromyalgie et cervicalgie ». Il a précisé que l'activité lucrative habituelle pouvait parfaitement bien être assumée par la patiente, mais qu'en raison d'une cumulation des crises prolongées, de multiples arrêts de travail transitoires imprévisibles intervenaient. Le rendement pouvait selon lui être réduit de façon transitoire.

Dans son rapport médical du 10 octobre 2011, le Dr V._____, médecin praticien, a attesté d'une incapacité de travail du 2 août 2010 au 16 août 2010, du 17 août 2010 au 29 août 2010, du 29 novembre 2010 au 5 décembre 2010 et du 13 décembre 2010 au 2 janvier 2011. Ce médecin a estimé que l'activité exercée jusqu'à présent était exigible à un taux entre 20 et 50 % maximum dans une activité à temps partiel et sans stress.

Une IRM cervicale a été réalisée le 11 novembre 2011. Dans son rapport du même jour adressé au Dr V._____, le Dr T._____, spécialiste en radiologie, a fait état de ce qui suit : « discrète discopathie au niveau C5-C6, sans hernie ni myélopathie. Uncarthrose modérée à droite, au niveau C5-C6 sans sténose foraminale significative. La jonction cervico-occipitale est normale. Pas de lésion dans les parties molles paravertébrales ».

Il ressort d'un document interne à l'OAI établi le 31 août 2012 que l'assurée avait indiqué ne jamais avoir contacté de psychiatre. Par ailleurs, lors d'un entretien téléphonique le 3 décembre 2012, D._____ a notamment expliqué à l'OAI qu'elle avait repris son activité habituelle depuis le 3 janvier 2011 et que cette année-là s'était relativement bien passée. Elle ajoutait que depuis le début l'année 2012, elle avait à nouveau eu des périodes d'incapacité de travail en raison de douleurs.

Le 11 janvier 2013, l'employeur de l'assurée a transmis à l'OAI un lot de certificats médicaux attestant des périodes d'incapacité de travail de l'assurée du 22 juin 2012 au 23 juin 2012, du 25 juillet 2012 au 30 juillet 2012, du 6 décembre 2012 au 8 décembre 2012, du 14

décembre 2012 au 31 décembre 2012 et du 4 janvier 2013 au 31 janvier 2013.

Dans son rapport médical du 25 janvier 2013, le Dr W. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : « Fibromyalgie, cervico-scapulalgies bilatérales, migraines temporales et état anxio-dépressif réactionnel ». Il a estimé que l'activité exercée était exigible à 100% immédiatement.

Dans son rapport médical du 3 avril 2013 adressé à l'OAI, le Dr S. _____ a notamment diagnostiqué un état anxio-dépressif, un syndrome douloureux chronique, des migraines résistantes, des lombalgies et un burn-out, avec effet sur la capacité de travail. Il mentionnait que l'assurée se trouvait en incapacité de travail depuis le 14 décembre 2012 pour une durée indéterminée, avec une reprise à 50 % « probablement d'ici 1 - 2 mois ».

Par courrier du 3 avril 2013 adressé au Dr S. _____, le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a notamment exposé que les douleurs poly- et péri-articulaires, rachidiennes cervicales et lombosacrées étaient probablement imputables à un syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent à insérer dans un contexte d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur. Il n'y avait que peu d'argument en faveur d'une atteinte inflammatoire ou systémique, l'ensemble de la symptomatologie s'inscrivant au premier plan d'une surcharge au niveau du travail et du trouble du sommeil.

Interpellé par l'OAI, le Dr H. _____ a établi dans son rapport médical du 28 mai 2013 qu'une incapacité de travail à 100 % avait débuté le 18 mars 2013 et qu'elle se poursuivait jusqu'à ce jour. Il a également diagnostiqué un syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent et un probable syndrome anxio-dépressif sévère, avec effet sur la capacité de travail. Il observait que sa patiente était connue depuis 2009 de manière progressive pour des douleurs poly- et péri-articulaires ainsi que des rachialgies touchant les régions cervicales et lombaires qui s'exacerbaient

depuis 2013 dans un contexte de conflit au niveau du travail. S'agissant de l'activité exercée, il énumérait une série de restrictions telles que « tout mouvement en port-à-faux avec long bras de levier, le port de charge de plus de 5 kg, l'exposition au stress, les mouvements de préhension répétitifs, les déplacements en terrain accidenté, les mouvements de flexion extension de la nuque et les mouvements de genu-flexion répétitifs ». Il considérait que l'assurée était totalement incapable de travailler puisqu'elle était actuellement en crise et que les mesures de réadaptation paraissaient trop précoces.

Par courrier du 24 juillet 2013 adressé à l'OAI, le Dr S. _____ a notamment indiqué qu'une activité à plus de 50 ou 60 % était quasiment impossible pour sa patiente.

En date du 13 août 2013, l'assurée a débuté un suivi thérapeutique auprès du Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport médical du 1^{er} octobre 2013 adressé à l'OAI, ce médecin a diagnostiqué une anxiété généralisée, un trouble panique, un épisode dépressif modéré, une névralgie d'Arnold et une migraine, avec effet sur la capacité de travail. Il jugeait que le rendement était réduit en raison de conduites d'évitement et d'inaptitude totale lors de survenance de crise d'angoisse. Il considérait que l'activité exercée n'était plus exigible et qu'une activité adaptée, soit un temps partiel de 50 % dans un premier temps, dans un environnement sans exposition au stress, sans responsabilité et dans un cadre sécurisant et clairement défini, pouvait encore être possible.

Par courrier du 12 décembre 2013, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait reçu sa lettre de licenciement à la fin du mois de juin 2013.

Le Dr L. _____ a repris la plume en date du 24 mars 2014 pour informer l'OAI de la péjoration de la symptomatologie anxieuse de sa patiente, péjoration associée à des troubles du sommeil importants, des ruminations, ainsi que d'importants troubles de l'attention et de la concentration avec par moment une perception altérée de la réalité

environnante. Il précisait également qu'à ces limitations psychiques s'ajoutaient aussi des limitations physiques et que l'assurée était en incapacité de travail à 100 % jusqu'à la fin du mois d'avril 2014, précisant que le pronostic n'était pas favorable et qu'il fallait s'attendre à une incapacité de travail en tous cas partielle, sur le long terme.

Afin de clarifier le droit aux prestations, l'OAI a mandaté le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin de réaliser une expertise psychiatrique de l'assurée. Dans son rapport du 9 décembre 2014, l'expert n'a fait état d'aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné un syndrome douloureux somatoforme persistant, sans comorbidité psychiatrique handicapante et une personnalité anxieuse évitante. Sous le chapitre intitulé « Appréciation du cas et pronostic », il a relevé ce qui suit :

« Cette assurée est née à [...], de parents [...], d'un père décrit comme autoritaire et d'une mère angoissée, ce qui a vraisemblablement structuré la patiente sur un mode anxieux/évitant qui n'est pas handicapant chez l'assurée et dont en voici les traits selon la CIM-10:

- Un sentiment envahissant et persistant de tension et d'appréhension.
- Préoccupation excessive par la crainte d'être critiquée ou rejetée dans les situations sociales.
- Un refus de nouer des relations à moins d'être certaine d'être acceptée sans critique.
- Une restriction du style de vie résultant du besoin de sécurité.
- Un évitement des activités sociales ou professionnelles impliquant des contacts importants avec autrui de peur d'être critiquée, désavouée ou rejetée.

Signalons qu'à l'âge de [...], l'assurée a été heurtée par une voiture, avec un TCC sans séquelles, notamment neurologiques, mais cet accident l'avait empêchée de poursuivre son apprentissage de [...]. Néanmoins, elle a pu finir un autre apprentissage d'employée de commerce de détail, puis elle a toujours travaillé dans des boutiques.

Signalons que lors de son dernier travail, après [...], elle a arrêté notamment à cause des douleurs qu'elle présentait, particulièrement de la migraine, et qu'un diagnostic de fibromyalgie a été posé chez elle.

Elle a arrêté de travailler après que la boutique a pris feu d'une manière accidentelle.

Signalons aussi que cette assurée présente des douleurs, des migraines ainsi que des fibromyalgies depuis plusieurs années, qui ont été diagnostiquées par un rhumatologue. Une expertise psychiatrique établie à l'attention de l'assurance perte de gain avait retenu le diagnostic de troubles de l'adaptation avec une capacité de travail totale depuis juillet 2013.

Signalons également que lors de l'examen d'expertise, je n'ai pas pu retenir des troubles, des signes ou des symptômes d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité décompensé. Certes, l'assurée dit faire des crises de panique, ce qui est toujours difficile à objectiver par l'expert, mais qui sont un peu en contradiction avec les activités journalières de l'assurée et notamment le fait qu'elle a pu partir avec sa famille en vacances.

Quoi qu'il en soit, l'assurée ne prend pas de médicament antidépresseur, elle prend uniquement des médicaments contre les douleurs et du Lexotanil.

Ce qui ressort clairement de l'entretien et du point de vue anamnestique, ainsi qu'en fonction de l'évolution des douleurs, ce sont les signes cliniques d'un trouble somatoforme. Rappelons que selon la CIM-10, les caractéristiques essentielles de ces troubles sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigation médicales, persistantes en dépit de bilans négatifs répétés et des déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. Même quand la survenue et la persistance des symptômes sont étroitement liées à des événements désagréables ou à des difficultés et des conflits, et même quand il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes, le patient s'oppose habituellement à toute hypothèse supposant l'indication de facteurs psychologiques dans la survenue des symptômes. La recherche d'une cause, physique ou psychologique, permettant de rendre compte des symptômes est souvent décevante et frustrante pour le patient comme pour le médecin.

En ce qui concerne les **critères de gravité de Foerster**, nous constatons qu'il existe une anxiété dans des situations bien particulières qui sont difficilement objectivables, mais qui sont probablement des traits de caractère de l'assurée et qui n'ont pas été handicapants jusqu'à présent. Il n'y a pas de cristallisation psychique. Il n'y a pas d'isolement social. L'assurée n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique et elle ne prend pas d'antidépresseur. Elle prend comme médicaments psychotropes uniquement des tranquillisants et des médicaments antidouleurs.

En l'absence donc d'une atteinte à la santé provoquée par une maladie psychiatrique, cette assurée est, du point de vue psychiatrique, capable de travailler dans une activité adaptée à 100% et je vous propose de retenir la date de juillet 2013, comme date à partir de laquelle l'assurée était capable de travailler à 100%. »

Au point B. « *Influences sur la capacité de travail* », l'expert s'est exprimé ainsi :

« 1. *Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés*

Du point de vue physique: l'assurée dit avoir des douleurs qu'elle vit comme étant handicapantes.

Du point de vue psychique : aucune limitation.

Du point de vue social: les angoisses qu'elle dit vivre sont plutôt liées à sa personnalité et en tout cas pas à une phobie sociale.

2. *Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici*

Compte tenu de ce qui précède et après examen et étude du dossier, cette assurée ne présente pas une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensé, mais plutôt un trouble somatoforme sans comorbidité psychiatrique handicapante et qui ne justifie pas du point de vue psychiatrique l'incapacité de travail.

3. *En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel?*

Oui. »

Dans son avis médical du 24 décembre 2014, le Dr G._____, médecin d'arrondissement auprès du Service médical régional de l'Assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé que l'expertise du Dr P._____ répondait aux critères de qualité exigibles pour ce type d'examen et que ses conclusions étaient bien motivées. Se fondant sur cette expertise, il considérait donc que la capacité de travail sur le plan psychique était entière depuis juillet 2013.

L'intimée s'est déterminée sur le contenu du dossier AI en date du 9 juin 2015 et a maintenu l'entier de ses conclusions. En substance, elle considère que la conclusion de l'AI selon laquelle la capacité de travail de l'assurée est entière sur le plan psychique depuis le mois de juillet 2013 corrobore tout à fait les diverses analyses médicales effectuées dans le cadre du dossier de l'intéressée. Revenant sur l'expertise du Dr K._____, l'intimée reproche notamment à ce dernier de s'être prononcé sur la capacité de travail de l'assurée rétroactivement sur plusieurs mois et de ne pas avoir tenu compte de la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, relevant cependant que ce

médecin attestait d'une amélioration au fil des mois depuis juin 2013. L'assurance précise que selon elle, le rapport du médecin traitant n'a pas de valeur probante suffisante au vu des critères jurisprudentiels applicables et que ce médecin est le seul à maintenir une constatation en contradiction avec les conclusions des médecins consultés tant par l'assurance-invalidité que par l'assureur perte de gain.

Par courrier du 10 juillet 2015, la recourante a notamment contesté que le Dr K._____ soit son médecin traitant. Elle indique ne l'avoir jamais consulté avant cette expertise et ne pas l'avoir revu depuis. L'assurée précise également que le rapport de ce médecin est très complet, équilibré et exhaustif, et que le Dr K._____ expose les raisons objectives pour lesquelles il ne suit pas le point de vue du Dr M._____. S'agissant du dossier de l'assurance-invalidité, l'assurée considère que la situation n'est pas fixée et que l'instruction du cas se poursuit, notamment suite à l'interruption des mesures de réadaptation pour raisons médicales et à son hospitalisation au mois de juin pour des examens complémentaires.

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, sous réserve de dérogations expresses (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 du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 56 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 déposé en temps utile auprès du tribunal compétent. Pour le surplus, répondant aux exigences formelles

prévues par la loi (en particulier l'art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) 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 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

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 (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières selon la LAMal de F. _____ pour la période courant à partir du 1^{er} juillet 2013, date à laquelle, selon l'intimée, l'assurée a recouvré une pleine capacité de travail.

3. 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. Dans le cas d'espèce, l'art. 13 al. 1 des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal, faisant partie intégrante du contrat d'assurance, stipule que l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25 %.

Dans l'assurance facultative d'indemnité journalière en cas de maladie, la notion d'incapacité de travail correspond à celle définie à l'art. 6 LPGA (auquel renvoie l'art. 72 al. 2 LAMal). Selon cette disposition, 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.

Selon la jurisprudence, le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage ; ATF 129 V 460 consid. 4.2 ; 114 V 281 consid. 1d). Ce principe a été codifié à l'art. 6, 2^e phrase, LPGA, qui prévoit qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité raisonnablement exigible peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Dans l'hypothèse où un assuré, en vertu de son obligation de diminuer le dommage, doit s'astreindre à changer de profession, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat – pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'à présent est due – pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi (RAMA 2000 KV 112 p. 122 consid. 3a ; cf. aussi art. 21 al. 4 LPGA). 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 (ATF 133 III 527 consid. 3.2.1 ; TF 9C_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.4).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier

l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a).

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 prenne en considération les plaintes exprimées, 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 dûment 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).

À cet égard, le Tribunal fédéral a précisé que l'appréciation d'une situation médicale déterminée ne saurait par conséquent se résumer à trancher, sur la base de critères exclusivement 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. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant d'apprécier la portée d'un document médical, seul en définitive le contenu matériel de celui-ci permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical 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, s'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience,

le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. 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 réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 126 V 353 consid. 5b et réf. cit. ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 319 consid. 5a).

d) L'appréciation d'une incapacité de travail dans un contexte de plaintes douloureuses sans atteinte organique objectivable a fait l'objet de lignes directrices du Tribunal fédéral, qui ont été revues récemment. Selon la jurisprudence applicable à l'époque où l'expertise du Dr M._____ a été réalisée, une telle atteinte était présumée ne pas entraîner d'incapacité de travail durable. Il existait en effet une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Notre Haute Cour avait toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et avait établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (« critères de Foerster »).

Parmi ces critères, on devait retenir, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Pouvait constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2 ; 130 V 352 consid. 3.3.1). Au sein des autres critères déterminants, devaient être considérés comme pertinent, des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupaient pas avec le trouble somatoforme douloureux), un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3).

Plus ces critères se manifestaient et imprégnaient les constatations médicales, moins on admettait l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 arrêt du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et réf. cit.). Enfin, on concluait à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissaient insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; ATF 131 V 49).

Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituaient généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles

somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne faisaient pas l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine*), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (TF I 87/06 du 31 janvier 2007 consid. 3.3 et réf. cit.).

4. Dans un arrêt 9C_492/2014 du 3 juin 2015, publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu la jurisprudence mentionnée au consid. 3d ci-avant et a abandonné la présomption selon laquelle un assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'un autre syndrome douloureux sans cause organique objectivable conserve une pleine capacité de travail. Le Tribunal fédéral rappelle toutefois qu'en l'absence de preuve d'une incapacité de travail causée par une atteinte à la santé, le droit à des prestations de l'assurance-invalidité ne peut être reconnu.

a) La preuve d'une telle atteinte à la santé, sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux, suppose d'abord que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à divers motifs d'exclusion. Ainsi n'existe-t-il en principe aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les

caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées (cf. art. 7 al. 2 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 cité, consid. 2).

b) Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4).

Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il sera également tenu compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (cf. art. ATF 141 V 281 cité, consid. 4.3 et réf. cit.).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprendra également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste

de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 cité, consid. 4.4 et réf. cit.).

5. En l'espèce, le Dr H. _____ atteste d'une incapacité de travail en raison d'un syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie) et d'un probable syndrome anxio-dépressif sévère. L'incidence de la fibromyalgie sur la capacité de travail de l'assurée doit être examinée à l'aune des critères applicables aux troubles somatoformes douloureux, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. notamment ATF 132 V 65 consid. 4 et TF 9C_877/2012 du 8 avril 2013 consid. 5.2). Les Drs M. _____, P. _____, K. _____ et Q. _____ ont pour leur part évoqué le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Les Drs M. _____, K. _____ et Q. _____ ont également posé celui de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, respectivement d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et anxiété généralisée.

a) La recourante se prévaut essentiellement du rapport d'expertise établi par le Dr K. _____ pour appuyer ses allégations d'incapacité de travail pour la période postérieure au 30 juin 2013. Ce rapport ne répond toutefois pas aux critères établis par la jurisprudence

pour se voir reconnaître une valeur probante. En effet, le Dr K. _____ pose un diagnostic d'état dépressif moyen avec syndrome somatique et anxiété généralisée, mais n'explique pas, dans la partie discussion de son rapport, pour quels motifs ces atteintes, associées à un trouble somatoforme également évoqué, revêtent une intensité suffisante pour constater une incapacité de travail. Le Dr K. _____ est par ailleurs peu convaincant lorsqu'il affirme que l'assurée se trouve en incapacité de travail totale en juillet 2013 tout en précisant «qu'au vu du status psychiatrique de la patiente, de son histoire et de son mode de vie, [cette dernière] devait présenter à l'époque [de l'expertise réalisée par le Dr M. _____], si ce n'est un tableau de syndrome dépressif complet, au moins une ébauche d'un tel syndrome » (cf. rapport d'expertise p. 9). Il n'est pas davantage convaincant lorsqu'il conclut que «son évolution a en tout cas montré qu'elle n'a pas eu une capacité de travail significative par la suite, malgré la pression des difficultés financières» (cf. rapport d'expertise p. 9). En effet, il appartient justement à l'expert de se prononcer sur la capacité résiduelle de travail de la personne assurée, compte tenu de la gravité des atteintes à la santé contestées, plutôt que de conclure, de l'absence de reprise du travail malgré des difficultés financières, à une incapacité de travail.

b) Pour sa part, l'intimée se fonde sur l'expertise établie par le Dr M. _____, corroborée par la celle du Dr P. _____. Ces rapports ne sont pas dénués de valeur probante et remplissent, en soi, les exigences posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral à l'époque où ils ont été établis. Ces exigences ont toutefois évolué depuis lors et un complément d'expertise est nécessaire afin que l'expert se détermine plus précisément sur les nouveaux points évoqués par la jurisprudence. L'expert développera son analyse du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, d'une part, et vérifiera de manière plus détaillée la cohérence entre ce degré de gravité fonctionnel et les répercussions de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il prendra soin de se référer aux circonstances présentées dans l'anamnèse, dans son examen clinique ou dans les pièces du dossier à sa disposition. Le Dr M. _____ n'a, certes, pas totalement négligé de prendre en considération

plusieurs indicateurs mentionnés dans cette jurisprudence, mais son expertise est insuffisamment détaillée pour permettre de statuer sans autre complément. Il en va de même de celle du Dr P._____, qui a largement fondé son appréciation sur la présomption de capacité de travail anciennement admise par le Tribunal fédéral, mais désormais abandonnée. L'expert sera expressément invité à préciser s'il maintient ou modifie l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de la recourante, compte tenu de la nouvelle grille d'analyse posée par le Tribunal fédéral ; il sera également invité à se prononcer sur l'éventuelle évolution de cette capacité de travail depuis la dernière évaluation.

c) À titre de droit transitoire, le Tribunal fédéral admet un simple complément d'expertise au regard de la jurisprudence publiée à l'ATF 141 V 281. Dans la mesure où il ne s'agit que d'un complément, un renvoi à l'autorité intimée est par ailleurs justifié (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 *in fine*).

6. En définitive, la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction dans le sens des considérants qui précèdent et qu'elle rende une nouvelle décision.

7. a) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

b) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'400 fr. à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 23 août 2013 par F._____ est annulée et la cause renvoyée à ladite assurance pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. F._____ versera à D._____ la somme de 2'400 fr. (deux mille quatre cent francs), à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Roberto Izzo (pour D._____), à Lausanne,
- F._____, 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 :