

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 août 2017

Composition : M. NEU, juge unique
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

G._____, à D._____, (France), recourante, représentée par Me Elodie Skoulikas, avocate à Genève,

et

HOTELA, Caisse maladie, à Montreux, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 6 LPGA ; 67, 71 et 72 LAMal

E n f a i t :

A. **a)** Ressortissante française, G._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, a exercé à compter du 2 novembre 2007 la profession de masseuse-esthéticienne au taux de 70% pour le compte de l'établissement C._____ SA. Elle bénéficiait à ce titre d'une assurance d'indemnités journalières collective en cas de maladie selon la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10) auprès d'Hotela (ci-après également : l'assurance ou l'intimée). Par contrat de travail à durée indéterminée du 12 février 2013, l'assurée a réduit son taux d'activité à 60% à compter du 1^{er} mars 2013.

Au début de l'année 2013, l'assurée s'est plainte de douleurs au niveau de la nuque, avec une irradiation dans le membre supérieur droit, sur la face interne de l'avant-bras et les deux derniers doigts de la main.

Un bilan radiographique du rachis cervical face, profil, de trois quarts et atlas-axis, bouche ouverte, réalisé le 5 août 2013 a révélé une discarthrose sténosante C5-C6 « très probablement en rapport avec la symptomatologie clinique » de l'assurée.

Le 20 décembre 2013, l'employeur a annoncé à Hotela que l'assurée était en incapacité totale de travail à compter du 19 décembre 2013.

Au vu de la persistance des douleurs, l'assurée a consulté le Dr V._____, chirurgien orthopédiste à N._____, lequel a proposé la mise en place de deux prothèses discales totales en C4-C5 et C5-C6. L'intervention chirurgicale a eu lieu le 10 janvier 2014.

Dans les suites opératoires, après une phase d'amélioration, des douleurs cervicales sont réapparues, accompagnées d'irradiations du côté droit vers l'épaule ainsi que le rachis dorsal.

Le 16 juin 2014, l'employeur de l'assurée a mis fin aux rapports de travail pour le 31 août 2014. Faisant usage de son droit de libre-passage, celle-ci a bénéficié d'une couverture d'assurance perte de gain en cas de maladie en tant qu'assurée individuelle auprès d'Hotela à compter du 1^{er} septembre 2014. Le montant de l'indemnité journalière était de 82 francs.

L'assurée a déposé en date du 21 juillet 2014 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI). Dans le cadre des mesures d'intervention précoce, l'assurée a bénéficié d'une mesure d'orientation professionnelle incluant l'établissement d'un bilan de compétences, la définition de projets professionnels réalistes et le développement de techniques de recherches d'emploi avec mise à jour du dossier de candidature.

Dans la mesure où l'incapacité totale de travail de l'assurée était toujours attestée médicalement, Hotela l'a invitée à se soumettre à une expertise médicale confiée au Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Dans son rapport du 2 octobre 2014, l'expert a posé le diagnostic affectant la capacité de travail de prothèses discales C4-C5 et C5-C6 avec canal cervical étroit C5-C6, sans myélopathie associée. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu des lombalgies basses sur discopathie L5-S1. Il s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé « appréciation du cas et diagnostics » :

« Il s'agit d'une femme de 52 ans en date de l'expertise, en bonne santé habituelle, sans antécédents particuliers à part des lombalgies sur une discopathie L5-S1 ancienne et connue, avec un épisode de lombo-sciatique à droite il y a une quinzaine d'années sur hernie discale L5-S1 traitée conservativement d'évolution favorable. Lombalgies plus ou moins chroniques avec raideur lombaire « *depuis toujours* ». Mère de deux filles actuellement adultes, vit avec son mari qui travaille à plein temps comme animateur d'activités et guide de moyenne montagne et d'activités sportives. Diplôme d'esthéticienne/masseuse en France. A toujours travaillé comme

esthéticienne, sauf pendant une période de quinze ans durant laquelle elle a repris avec son mari une petite structure familiale, hôtel/bar/restaurant, revendue.

Apparition de cervico-brachialgies au printemps 2013, qui vont aller en se péjorant, avec une irradiation douloureuse de type C6 à droite. L'IRM cervicale du 24 septembre 2013 montre effectivement une discopathie avec protrusion discale, mais sans myélopathie en regard.

Traitement conservateur, comprenant corticothérapie per os, sans succès, péjoration des douleurs dans la nuque, mais également dans le bras. Il n'y a pas d'avis neurologique, mais un avis neurochirurgical par le Dr V. _____, qui rapidement propose une décompression, et mise en place de deux prothèses discales.

L'assurée est à l'incapacité de travail depuis le 19 décembre 2013, et l'intervention chirurgicale est pratiquée le 10 janvier 2014.

Si les irradiations de topographie C6 disparaissent rapidement, il va persister d'importantes nuchalgies, plus particulièrement du côté droit, avec une importante irradiation douloureuse dans l'épaule droite, rendant la mobilité active de l'épaule douloureuse.

La Doctoresse B. _____ et le Dr V. _____ parlent d'une capsulite rétractile, mais en date de l'expertise, je n'ai constaté strictement aucune restriction de la mobilité de l'épaule droite, et en particulier de la rotation externe qu'elle soit coude au corps ou à 90°. Il n'y a pas non plus de signes pour une tendinopathie de la coiffe des rotateurs et je pense que les douleurs dans l'épaule droite sont des douleurs d'irradiation d'origine nucale.

En date de l'expertise, il existe encore objectivement une raideur de la nuque, particulièrement de la mobilité côté droit.

Actuellement, à huit mois de l'intervention chirurgicale, le cas n'est pas complètement stabilisé, il existe un potentiel d'amélioration sous forme d'une diminution des douleurs d'irradiation dans l'épaule droite, et de récupération de la mobilité de la nuque.

Toutefois, la reprise d'une activité professionnelle nécessitant des efforts prolongés avec les bras, telle qu'une activité de masseuse, semble très peu probable.

Dans une activité d'esthéticienne uniquement, c'est-à-dire ne sollicitant pas trop les membres supérieurs, une capacité de travail partielle sera possible une fois le cas stabilisé, c'est-à-dire entre douze mois et dix-huit mois post-opératoire.

Il n'y a aucun élément incapacitant concernant les membres inférieurs, et concernant le rachis, il existe certes une discopathie L5-S1, mais banale, sans symptomatologie neurologique associée.

En conséquence, en date de l'expertise, dans une activité professionnelle adaptée, c'est-à-dire un travail assis, semi-assis ou debout, mais sans port de charges de 5 kg, la capacité de travail est

totale. Une activité de secrétariat, de réceptionniste, etc., est parfaitement indiquée. »

Répondant aux questions d'Hotela, l'expert a indiqué que l'activité de masseuse/esthéticienne n'était plus exigible au vu des contraintes sur le rachis cervical inférieur par l'attache musculaire des ceintures scapulaires. Le cas n'était en outre pas stabilisé. En revanche, l'exercice d'une profession excluant des efforts répétés avec les bras à hauteur des épaules était exigible à plein temps. A titre d'exemples, l'expert a cité des activités ressortant au domaine du secrétariat (téléphoniste, réceptionniste) ou de la surveillance.

Par courrier du 13 octobre 2014, Hotela a fait savoir à l'assurée que des indemnités journalières à 100% étaient versées jusqu'au 31 janvier 2015, afin de lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé.

Dans une lettre du 12 janvier 2015 à la Dresse B._____, médecin généraliste à U._____ (France) et médecin traitant, le Dr V._____ a signalé que l'assurée gardait une douleur latéralisée du côté droit, essentiellement dans la région cervico-scapulaire, apparaissant en rotation du cou ainsi qu'en flexion et extension. Il a évoqué un éventuel « descellement » d'une prothèse susceptible d'agir comme un caillou intervertébral responsable d'une inflammation et de douleurs référées.

En date du 23 février 2015, la Dresse B._____ a attesté que l'assurée n'était pas en mesure de reprendre l'exercice d'une activité professionnelle en raison de névralgies cervicobrachiales droites importantes. La situation devait être réévaluée par un neurologue dans un délai de trois mois.

Le 21 mars 2015, T._____, masseur-kinésithérapeute, a attesté que la reprise d'une activité professionnelle était prématurée et contrevenait à l'état de santé physique de l'assurée, chez laquelle persistait une sensibilité douloureuse marquée. L'intéressée évoquait des

gênes récurrentes de type algique au niveau de la nuque (zone du trapèze supérieur droit) avec irradiations dans le membre homolatéral.

Au vu des douleurs cervico-scapulaires droites évoquant un descellement C4-C5, C5-C6, un IRM du rachis cervical a été pratiqué en date du 20 février 2015 en vue de rechercher des lésions complémentaires aux étages adjacents C3-C4 et C6-C7. L'examen n'a pas révélé d'anomalie de la charnière cervico-occipitale ni d'anomalie morphologique ou de signal du cordon médullaire.

A la demande de la Dresse B._____, un scanner cervical a été réalisé le 26 février 2015. Aucune anomalie significative n'a été détectée.

Par communication du 26 mars 2015, l'office AI a fait savoir à l'assurée qu'ensuite des investigations mises en œuvre dans le cadre de l'intervention précoce, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible. Il poursuivrait donc l'instruction médicale.

Dans une lettre du 22 avril 2015 à la Dresse B._____, le Dr S._____, chirurgien orthopédiste spécialiste de la colonne vertébrale et nouveau médecin spécialiste traitant, a indiqué que le scanner avait fait apparaître « à la jonction entre le plateau de la prothèse crâniale et l'os, des petites géodes. » En présence de douleurs qui perduraient avec ces petits signes d'hyper-fixation sur le plateau supérieur de la prothèse, l'absence d'ostéo-intégration de la prothèse crâniale devait être envisagée. Le Dr S._____ suggérait dès lors « une chirurgie de reprise par ablation des prothèses et mise en place de cages d'arthrodèse avec greffe osseuse. »

Dans ce contexte, Hotela a décidé de mettre en œuvre une nouvelle expertise qu'il a confiée au Dr J._____, spécialiste en neurologie, lequel a résumé comme suit la situation médicale de l'assurée dans son rapport du 4 juin 2015 :

« Il s'agit d'une esthéticienne âgée de 52 ans, présentant de longue date des lombalgies sans irradiation d'ordre radiculaire. Celles-ci sont très nettement modulées par le stress, la fatigue et certaines activités manuelles prolongées. Toutefois, elles n'ont jamais engendré un arrêt de ses activités professionnelles qu'elle a commencées à l'âge de 19 ans. En 2012, elle a fait une chute accidentelle, en glissant sur la glace, sur son coccyx ayant engendré des douleurs et motivé une incapacité de travail d'un mois environ.

En avril 2013, elle constate l'apparition insidieuse de douleurs cervicales avec irradiation au niveau du membre supérieur droit et notamment sur le bord cubital de l'avant-bras de ce côté. Ces douleurs sont sourdes, continues et ne sont pas associées à des douleurs d'ordre franchement radiculaire, ou d'ordre neuropathique. A aucun moment dans toute son histoire, il n'y a eu d'élément clairement évocateur d'une telle dysfonction. Malgré un traitement conservateur bien conduit comprenant notamment la prise d'antalgiques, de physiothérapie, le Docteur V._____ décide d'envisager la pose de prothèses discales, le 10 janvier 2014 au niveau C4-C5 et C5-C6. Globalement, depuis cette intervention, la situation s'est améliorée. Elle constate toutefois la persistance de douleurs intéressant la région distale du trapèze et des douleurs intéressant la face interne de l'avant-bras droit. Ces éléments ont très nettement augmenté dans le cadre d'une réévaluation du tableau par le successeur du Docteur V._____, le Docteur S._____. Ce dernier pense que les douleurs gênant l'assurée sont liées à un descellement des prothèses discales et qu'il convient dans ce contexte d'envisager une arthrodeèse. Cette démarche a arrêté la progression positive de l'assurée et actuellement elle est au centre de grandes interrogations quant à son avenir. De ce fait, elle a demandé un avis auprès du Docteur O._____, neurochirurgien à A._____ qui n'a pas suivi les recommandations thérapeutiques du Docteur S._____. Elle doit voir le Docteur K._____, chirurgien à R._____, au mois de juin qui donnera son avis définitif. Il convient aussi de souligner que le scanner, l'IRM et la scintigraphie osseuse effectués n'ont pas corroboré l'existence d'un descellement des prothèses discales.

Le Docteur X._____ a effectué une expertise en date du 9 septembre 2014 ne retenant aucune anomalie significative motivant une incapacité totale de travail. Une activité adaptée à 100% est largement envisageable en l'état. De ce fait, ses indemnités ont été arrêtées il y a 4 mois.

Ce jour, son examen neurologique est tout à fait normal confirmant les affirmations de la Doctoresse F._____ du 21 avril 2015. Par ailleurs, l'électroneuromyographie n'a pas révélé d'anomalie tant dans le territoire C8-D1 que du nerf cubital droit.

En conséquence, du point de vue neurologique, je ne retiens aucune anomalie pouvant engendrer une incapacité de travail. »

Le Dr J._____ a répondu en ces termes aux questions posées par l'assurance :

- « **1. Anamnèse**
Voir ci-dessus.
- 2. Diagnostic (ayant une répercussion sur la capacité de travail) ?**
- Du point de vue neurologique, aucun
Diagnostic (n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail) ?
Cervicalgies post-opératoires après pose de prothèses discales C4-C5 et C5-C6, le 10 janvier 2014.
Persistance de phénomènes douloureux pouvant évoquer un descellement des prothèses motivant une proposition pour une nouvelle intervention du Docteur S._____. Ceci a engendré un trouble important auprès de l'assurée.
- 3. Plaintes actuelles de l'assurée ?**
Voir ci-dessus.
- 4. L'assurée ayant été expertisée par un spécialiste en chirurgie orthopédique en septembre 2014, quels sont les éléments médicaux probants qui empêchent une reprise d'une activité professionnelle ?**
En ce qui concerne l'assurée, et je suis d'accord avec elle, la consultation du Docteur S._____ a jeté un doute important dans la récupération potentielle de Madame G._____. En effet, elle a toujours été très positive, les différents intervenants dans ce dossier le confirmant systématiquement. Ce praticien lui proposant une arthrodèse cervicale l'a arrêtée dans sa progression. Actuellement, elle est dans le doute et à la recherche d'autres avis auprès de différents spécialistes afin de décider d'une attitude définitive à adopter.
- Dans ce contexte, mon évaluation neurologique rejoint celle de la Doctoresse F._____, neurologue, confirmant qu'il n'existe aucune atteinte neurologique surajoutée.
- En conséquence, je pense que si le Docteur K._____ confirme l'impression du Docteur O._____, nous serons alors dans le cadre de douleurs d'ordre musculo-squelettique et qu'il n'existera aucune incapacité de travail dans une activité adaptée rejoignant ainsi les conclusions du Docteur X._____.
- 5. Partagez-vous les conclusions de l'expert ? Si non, pour quelles raisons ?**
Je pense que les conclusions du Docteur X._____ sont pertinentes mais qu'il existe une aggravation de son état dans le cadre d'une nouvelle évaluation du Docteur S._____ (voir ci-dessus). Pour ma part, je vous suggère d'attendre les conclusions du Docteur K._____ et une fois la décision de ne pas réopérer et de considérer qu'il s'agit ici que de douleurs musculo-squelettiques, son médecin traitant pourra la laisser chercher un emploi à 100%. Madame G._____ ne demande que cela.
- 6. Y a-t-il eu une péjoration de l'état de santé ?**
Voir ci-dessus.

- 7. Pronostic quant à une reprise de travail (date et taux) ?**
Je pense qu'une activité adaptée à 100% est largement envisageable en l'état. L'assurée est du reste tout à fait déterminée dans ce sens.
- 8. Estimez-vous que l'intervention proposée par le Docteur S. _____ à l'assurée soit nécessaire ? Si oui, merci de détailler votre réponse. Si non, pour quelles raisons ?**
Très clairement, je pense qu'il n'y a aucune indication opératoire à envisager. En effet, ses hypothèses n'ont pas été confirmées par une scintigraphie, un scanner et une IRM cervicale. Par ailleurs, le Docteur O. _____, neurochirurgien à A. _____, confirme cette position. Nous attendons la position du Docteur K. _____, à R. _____. En effet, les douleurs nous occupant ne sont pas rachidiennes mais plutôt paravertébrales et intéressent des insertions musculaires avant tout.
- Par ailleurs, il convient aussi de souligner qu'à l'anamnèse, elle ne constate pas de douleur importante à l'activité physique mais après celle-ci. S'il existait un descellement des disques, cette cinétique serait exactement opposée.
- 9. L'assurée a effectué un stage organisé par l'AI du 13 octobre 2014 au 13 janvier 2015 et du 25 février 2015 au 25 mars 2015 pour déterminer les aptitudes à la réadaptation professionnelle de l'assurée. Selon vous, quelle activité serait adaptée ? Avec quelles éventuelles limitations fonctionnelles ?**
Pour ma part, toute activité adaptée est largement envisageable. Je pense qu'il existe une restriction dans le port de charge ou dans des activités répétitives pouvant engendrer une souffrance mécanique cervicale.
- 10. Si vous estimez que plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?**
Question sans fondement.
- 11. Remarques**
Nous avons longuement discuté de cette symptomatologie et nous avons notamment dirigé nos réflexions sur la physiopathogénie et sur les mécanismes impliqués dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique. Elle a parfaitement bien compris ces éléments, elle a été rassurée de savoir que son attitude globale était celle qu'il fallait adopter. Pour elle, il n'est pas question d'envisager une arthrolyse, je l'ai confortée dans cette position compte tenu des données de l'examen clinique et radiologique. Toutefois, cette attitude devra être appuyée par le Docteur K. _____, neurochirurgien à R. _____.
- Enfin, je pense que cette expertise devrait être envoyée à son médecin traitant qui pourra alors envisager les démarches idoines. »

Par décision du 23 juillet 2015, Hotela a mis fin au versement de ses indemnités journalières au 31 janvier 2015. Tout en relevant que

l'assurée devait subir une nouvelle intervention chirurgicale en date du 6 octobre 2015, elle a retenu que les deux expertises médicales diligentées par ses soins concluaient à une capacité de travail entière dès le 1^{er} février 2015 dans une activité compatible avec ses limitations fonctionnelles nonobstant l'opération projetée.

L'assurée s'est opposée à cette décision en date du 26 août 2015. A l'appui de son opposition, elle a produit un courrier du 30 juin 2015 du Dr K._____, neurochirurgien, à l'attention de la Dresse B._____. Ayant constaté sur les clichés radiologiques un descellement de la prothèse discale en C4-C5, il confirmait une indication chirurgicale d'ablation des prothèses discales et d'arthrodèse cervicale C4-C5 et C5-C6. L'intervention se justifiait en outre par l'évolution chronique des douleurs ainsi que le handicap fonctionnel présenté par l'assurée dans sa vie quotidienne. Celle-ci a également joint à son courrier un certificat médical du Dr S._____ du 14 août 2015 proposant une arthrodèse dont le but était de fusionner définitivement les étages de ses prothèses discales avec le plateau et, par là même, de lui permettre d'améliorer ses scores fonctionnels. A la lecture de ces avis médicaux et plus particulièrement de celui émanant du Dr K._____, l'assurée s'est dite définitivement convaincue de se faire opérer une nouvelle fois. Ainsi, au vu de la nécessité d'une intervention, elle estimait que c'était à tort que l'intimée avait rendu sa décision mettant un terme au versement des indemnités journalières à compter du 1^{er} février 2015 avant d'être en possession de l'avis médical du Dr K._____, alors même que le Dr J._____ s'en était remis à l'appréciation de ce praticien. Par ailleurs, Hotela ne pouvait se fonder sur le rapport d'expertise du Dr X._____ dans la mesure où, faute d'avoir reçu un exemplaire de son rapport, il ne lui avait pas été possible de savoir à partir de quand celui-ci aurait retenu qu'elle présentait une capacité de travail de 100% dans un emploi respectant ses limitations fonctionnelles. Quant au Dr J._____, elle réfutait catégoriquement son affirmation, selon laquelle elle somatiserait ses douleurs ; n'étant pas psychiatre, il n'était pas à même de porter une appréciation psychologique de son cas. L'assurée a enfin reproché à Hotela de n'avoir procédé qu'à une analyse médico-théorique de son cas,

sans fournir d'indications sur ses chances concrètes de pouvoir exercer une activité adaptée. Agée de 53 ans et n'ayant exercé d'autres activités que celle de masseuse/esthéticienne, l'assurée faisait valoir qu'Hotela ne saurait exiger d'elle qu'elle reprenne l'exercice de cette activité au vu des douleurs qu'elle présentait dans le membre supérieur droit et à la nuque de même qu'à la marche au-delà d'une demi-heure. Au surplus, le délai de trois mois imparti par Hotela pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé était trop bref. Dans ces conditions, elle demandait la poursuite du versement des indemnités journalières à compter du 1^{er} février 2015 jusqu'à l'opération du 6 octobre 2015, date à partir de laquelle elle serait en tout état de cause vraisemblablement totalement incapable de travailler en raison de cette intervention.

Le 6 octobre 2015, le Dr S. _____ a procédé au retrait des deux prothèses mises en place par le Dr V. _____ en janvier 2014, qui n'avaient pas donné lieu à consolidation.

Dans un complément à son opposition du 20 octobre 2015, l'assurée a fait valoir que le Dr X. _____ avait mal apprécié la situation en retenant qu'elle serait capable d'exercer au jour de l'expertise une activité adaptée n'impliquant pas l'usage des membres supérieurs et ne sollicitant pas trop les bras. Ainsi que l'a indiqué le Dr J. _____ dans son expertise du 4 juin 2015, son état de santé s'était aggravé ce qui l'avait empêchée de rechercher une activité de remplacement. Ayant en outre rappelé que les avis médicaux étaient concordants quant à la nécessité d'une opération chirurgicale, elle a relevé que les limitations fonctionnelles dont elle souffrait étaient directement liées à la première intervention et à la mauvaise intégration des prothèses cervicales posées. Ces limitations fonctionnelles sur le plan orthopédique ne lui avaient pas permis d'avoir une quelconque capacité de travail, même dans une activité adaptée. Elle maintenait en conséquence les termes de son opposition du 26 août 2015 en renouvelant sa requête tendant au versement d'indemnités journalières en sa faveur à compter du 1^{er} février 2015.

Dans une lettre du 27 octobre 2015 à la Dresse B._____, la Dresse Q._____, spécialiste en maladies infectieuses et tropicales, a expliqué que, dans quatre prélèvements microbiologiques sur cinq, une bactérie avait été identifiée, ce qui permettait d'affirmer que l'absence de consolidation, et donc les douleurs, étaient causées par l'infection acquise pendant ou au décours de la chirurgie du 10 janvier 2014. Actuellement, les douleurs cervicales droites étaient toujours présentes mais l'irradiation dans le bras droit avait régressé. Quant à la qualité de vie, elle s'était améliorée. La Dresse Q._____ a donc engagé un traitement antibiotique pour une durée de douze semaines.

Le Dr S._____ a revu l'assurée en date du 4 décembre 2015. Dans une lettre du même jour à la Dresse B._____, il a expliqué que les radiographies réalisées ce jour montraient une consolidation déjà quasiment aboutie même s'il subsistait quelques douleurs au niveau de l'omoplate du bras droit. Dans un certificat toujours daté du 4 décembre 2015, il a confirmé l'existence d'une infection des prothèses discales à l'origine des douleurs ressenties par l'assurée d'où le bien-fondé de l'opération pratiquée le 6 octobre précédent. Selon lui, l'assurée était dans l'impossibilité d'effectuer une activité professionnelle quelconque. Il a par ailleurs attesté que, à la suite de l'intervention rachidienne subie, son état de santé nécessitait une aide à domicile à raison de huit heures par semaine pendant une durée de trois mois, renouvelable (certificat du 4 décembre 2015).

Statuant sur l'opposition formée par l'assurée par décision sur opposition du 5 janvier 2016, Hotela a indiqué qu'il n'existait aucun élément médical au dossier permettant de douter du bien-fondé des avis circonstanciés et émis en toute connaissance de cause par les Drs X._____ et J._____. L'assurée n'a au demeurant fourni aucun élément concret susceptible de remettre en cause leur appréciation, dont les conclusions pouvaient se voir conférer une pleine valeur probante. De plus, en se limitant à expliquer que c'était en raison de ses douleurs au niveau de la nuque qu'elle ne pouvait plus exercer d'activité professionnelle, l'assurée se prévalait d'un facteur subjectif qui n'avait pas

à être pris en considération dans l'évaluation de la capacité de travail. Par ailleurs, il n'appartenait pas à Hotela, assureur perte de gain en cas de maladie, de procéder à une analyse de ses chances concrètes de pouvoir exercer une activité adaptée, une telle démarche étant plutôt du ressort de l'assurance-chômage voire de l'assurance-invalidité. Il convenait en réalité d'admettre que l'assurée n'avait pas entrepris d'actions concrètes pour retrouver un emploi pas plus qu'elle ne s'était inscrite à l'assurance-chômage, alors même qu'elle y avait été rendue attentive dans le courrier du 13 octobre 2014. Il incombait dès lors à l'assurée de rechercher activement un emploi, dès le moment où elle avait su que les versements d'Hotela prendraient fin au 31 janvier 2015. Au besoin, elle pouvait s'annoncer à l'assurance-chômage afin de percevoir des indemnités à compter du 1^{er} février 2015. En tout état de cause, le temps d'adaptation de trois mois apparaissait approprié à la situation. Enfin, comme il était admis que l'assurée disposait d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée, l'origine de ses troubles importait peu. En d'autres termes, l'incapacité de travail induite par l'opération du 6 octobre 2015 n'était pas à la charge d'Hotela. A cela s'ajoutait que le contrat de l'assurée avait pris fin le 31 janvier 2015 et qu'en l'absence d'inscription au chômage, elle n'avait pas de revenu assurable. En conséquence, Hotela a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé sa décision du 23 juillet 2015, aux termes de laquelle elle refusait d'intervenir en tant qu'assureur perte de gain en cas de maladie postérieurement au 31 janvier 2015.

B. Par acte du 29 janvier 2016, G._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision dont elle demande, sous suite de frais et dépens, l'annulation et le versement d'indemnités journalières « à 100% dès le 1^{er} février 2015 et aussi longtemps qu'une incapacité totale de travail sera médicalement attestée, et cela jusqu'à l'expiration du droit aux prestations. » A titre subsidiaire, elle conclut au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire. S'agissant de la recevabilité du recours, elle souligne que, n'ayant jamais été domiciliée en Suisse, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile du

dernier employeur, en l'occurrence sis à M._____, de sorte que la Cour de céans est compétente. Sur le fond, elle conteste l'appréciation de l'intimée selon laquelle elle présenterait une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le mois d'octobre 2014. Elle explique que l'ensemble de ses médecins traitants ont mis en évidence des limitations fonctionnelles ensuite de l'intervention chirurgicale du 10 janvier 2014, sous la forme de douleurs aux cervicales, latéralisées à droite, impliquant une raideur et une difficulté à bouger la tête, ainsi que le membre supérieur droit. Contrairement à ce que prétend l'intimée, les limitations fonctionnelles n'étaient pas uniquement subjectives. L'explication de ces gênes fonctionnelles et douleurs invalidantes a finalement été trouvée lors de la seconde opération du 6 octobre 2015. Celle-ci était nécessaire au vu du descellement des deux prothèses posées en janvier 2014, causé par une infection bactérienne, ce qui avait fait obstacle au rétablissement de la recourante après la première opération et avait entraîné les limitations fonctionnelles constatées. Ainsi, l'intimée ne saurait se fonder sur les expertises des Drs X._____ et J._____ pour lui reconnaître une pleine capacité de travail, dans la mesure où elles ne tiennent pas compte de cet élément, de sorte qu'elles ne sont pas probantes sur ce point. La recourante sollicite dès lors la mise en œuvre « d'une expertise judiciaire permettant de déterminer si elle avait une capacité de travail quelconque au vu de cette infection. » Elle reproche encore à Hotela de n'avoir procédé qu'à une analyse médico-théorique de son cas. Or, âgée de 53 ans et sans autre formation que celle de masseuse-esthéticienne, la recourante estime que l'assurance aurait dû procéder à une évaluation de sa capacité de travail dans une activité professionnelle compatible avec les douleurs qu'elle présente au membre supérieur droit et à la nuque. Selon la recourante, il appartenait à l'intimée de procéder à un calcul de la perte de gain en comparant ses revenus dans une activité professionnelle adaptée avec ceux tirés de son dernier emploi.

Dans sa réponse du 11 mai 2016, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle fait observer qu'il n'existe au dossier aucun élément permettant de douter du bien-fondé

des avis médicaux émis en toute connaissance de cause par les Drs X._____ et J._____. L'intimée considère que leur valeur probante ne saurait être niée du seul fait que leurs expertises ne tiennent pas compte du problème infectieux des prothèses. Elle rappelle à cet égard que l'origine des troubles de l'assurée importe peu dès lors que, selon ces experts, elle présente une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Quant aux douleurs, elles ne sauraient entrer en ligne de compte dans l'évaluation de la capacité de travail, celle-ci devant reposer sur une appréciation objective du cas à l'exclusion de tout facteur subjectif. Ayant par ailleurs été invitée par courrier du 13 octobre 2014 à entreprendre des démarches concrètes en vue de retrouver un emploi, au besoin en s'inscrivant à l'assurance-chômage, la recourante ne saurait faire grief à l'intimée de n'avoir procédé qu'à une analyse médico-théorique de son cas. Ce faisant, elle perd de vue qu'elle disposait d'un délai de trois mois - considéré par l'intimée comme approprié à la situation - avant que celle-ci ne mette fin au versement de ses prestations.

En réplique du 19 mai 2016, la recourante soutient que les rapports d'expertise des Drs X._____ et J._____ sont dépourvus de valeur probante car ils n'évoquent pas le problème du descellement, d'origine infectieuse, des prothèses. Leur appréciation de la capacité de travail ne peut donc pas être suivie. Elle rappelle en outre qu'elle ne remplissait pas les conditions pour s'inscrire au chômage en France puisque ses médecins considéraient qu'elle présentait une incapacité de travail totale faisant obstacle à une réintégration du marché de l'emploi. Quant aux allégations de l'intimée selon lesquelles les plaintes de la recourante trouveraient davantage leur origine dans des motifs socio-économiques que médicaux, elle souligne le caractère peu compréhensible de ces propos étant donné que le dossier médical constitué fait état d'une incapacité de travailler, y compris dans une activité adaptée.

A l'appui de son écriture la recourante produit un bordereau de pièces contenant notamment les documents suivants :

- un certificat médical du 4 février 2016, dans lequel la Dresse B._____ décrivait les limitations fonctionnelles présentées par l'assurée et excluait, depuis le mois de janvier 2014, toute capacité de travail, y compris dans une activité adaptée, en raison des algies et de la gêne fonctionnelle consécutives à l'opération du mois d'octobre 2015 ;
- un certificat médical du Dr S._____ du 8 février 2016, expliquant que les radiographies statiques et dynamiques effectuées ensuite de l'intervention du mois d'octobre 2015 montraient une consolidation aboutie. Selon ce praticien, l'intensité des symptômes douloureux empêchait toute activité professionnelle pour une durée de cinq mois. Il convenait à présent de se concentrer sur la rééducation, le Dr S._____ précisant avoir expliqué à sa patiente qu'une séquelle neuropathique pouvait être objectivée à deux ans post-décompression et post-stabilisation du rachis, en regard des nerfs atteints par la neuropathie.

Dupliquant en date du 14 juillet 2016, l'intimée souligne une nouvelle fois que, dans la mesure où le contrat la liant avec l'assurée avait pris fin le 31 janvier 2015, la prise en charge des suites de l'intervention chirurgicale du 6 octobre 2015 ne saurait lui incomber. Elle maintient pour le surplus ses conclusions précédentes.

Par pli du 30 août 2016, la recourante rappelle qu'elle sollicite le paiement d'indemnités journalières en cas de maladie et non la prise en charge des frais liés à l'opération du 6 octobre 2015. De plus, il est inexact de prétendre qu'elle n'est plus couverte par le contrat, dans la mesure où elle a exercé son droit à passer dans l'assurance individuelle et qu'aucune des parties n'a résilié le contrat. Ainsi, dans la mesure où la recourante était couverte par l'assurance d'indemnités journalières individuelle, l'assureur est tenu de prester en sa faveur, d'autant plus que l'intervention chirurgicale du 6 octobre 2015 est la conséquence directe de celle pratiquée le 10 janvier 2014 en raison d'une infection des prothèses posées à cette occasion. Elle a produit de nouvelles pièces

attestant d'une incapacité de travail totale jusqu'au 22 octobre 2016 (certificats médicaux du 8 juillet 2016 de T._____ et du 22 juillet 2016 de la Dresse B._____). Était jointe une copie du règlement de l'assurance indemnités journalières en cas de maladie et de maternité (édition 01.14) d'Hotela.

C. Une audience d'instruction a été tenue le 4 novembre 2016 au cours de laquelle les parties ont arrêté la valeur litigieuse à un solde de 351 indemnités journalières, le droit échéant au mois de février 2016. La recourante a produit l'expertise réalisée à la demande de l'office AI par le Centre Z._____ SA au vu de la persistance d'une incapacité de travail de 100% et en l'absence d'éléments cliniques objectifs (cf. avis médical du 15 avril 2016 de la Dresse I._____, spécialiste en pédiatrie et en oncologie-hématologie pédiatrique, préconisant une expertise orthopédique). De son côté, l'intimée a sollicité un délai pour se déterminer sur celle-ci et le dossier de l'assurance-invalidité.

Dans leur rapport du 18 octobre 2016, les Drs E._____, spécialiste en médecine interne générale, et H._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, ont posé les diagnostics suivants affectant la capacité de travail : cervicobrachialgies persistantes sur status après discectomie (remplacement discal prothétique le 10 janvier 2014), status après réopération le 6 octobre 2015 (ablation des prothèses pour descellement suite à une infection à propionibacterium, arthrodèses avec cages inter-somatiques et greffe osseuse de la crête iliaque) et importantes raideurs cervicales résiduelles, post-opératoires. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu des lombalgies basses sur discopathie L5-S1.

Quand bien même les experts ont constaté une lente amélioration concernant les douleurs à dix mois de l'intervention du 6 octobre 2015 (les examens cliniques ont été pratiqués en date du 14 juillet 2016), ils ont relevé que l'assurée présentait toujours des douleurs avec irradiations dans la région cervicale jusqu'aux bras. Elles étaient accentuées par des exercices actifs de même qu'après trente minutes de

conduite automobile. Il existait par ailleurs une importante raideur de la colonne cervicale, avec des contractures musculaires douloureuses paravertébrales droites. Les douleurs provoquaient en outre des troubles du sommeil indépendamment de la position adoptée, obligeant l'assurée à se lever à cinq heures du matin pour faire un peu de marche. Selon les experts, l'activité de masseuse/esthéticienne n'était plus exigible depuis le 19 décembre 2013. En revanche, la capacité de travail au jour de l'expertise était entière dans une profession adaptée, « c'est-à-dire un travail assis/semi-assis, ou debout, sans port de charges » avec la précision que l'assurée désirait retrouver du travail dans le domaine du secrétariat ou comme hôtesse d'accueil, par exemple. Cependant, dès lors que l'intéressée était toujours en traitement, elle n'avait jusqu'alors pas eu la possibilité de trouver un tel emploi.

A la requête du magistrat instructeur du 7 novembre 2016, l'office AI a produit le dossier de l'assurée.

A l'appui de ses déterminations du 1^{er} mars 2017, l'intimée a produit un rapport du 15 février 2017 de son médecin-conseil, la Dresse L._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Selon cette dernière, les experts J._____, et X._____ n'avaient pas pu se prononcer correctement sur une récupération de la capacité de travail car ils n'avaient pas eu connaissance des complications infectieuses. Elle a en outre exposé que l'intimée ne pouvait attester que l'assurée avait récupéré une capacité de travail pour la période comprise entre l'opération du 6 octobre 2015 et le mois d'octobre 2016 car les experts du Centre Z._____ SA ne s'étaient pas prononcés sur ce point. Par économie de procédure, l'intimée suggérait dès lors d'interpeller le Centre Z._____ SA afin de savoir à partir de quand l'assurée avait recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée.

Pour sa part, la recourante a derechef déclaré dans ses déterminations du 27 mars 2017 que les rapports d'expertise des Drs J._____ et X._____ n'étaient pas probants. Elle a relevé que l'intimée ne remettait plus en cause le fait qu'elle avait présenté une incapacité de

travail entre février 2015 et octobre 2015. S'agissant de la période ultérieure, elle faisait observer que les pièces versées au dossier attestaient l'ampleur de l'intervention du 6 octobre 2015 et démontraient son incapacité totale de travailler jusqu'au mois de février 2016, date d'échéance de son droit aux indemnités journalières. Cela étant, elle s'en remettait à justice quant à la nécessité de requérir des informations complémentaires de la part des experts du Centre Z._____ SA.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de 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 auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une 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 devant le tribunal compétent. Il satisfait en outre aux conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; 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).

c) La cause relève de la compétence du magistrat instructeur statuant en tant que juge unique, la valeur litigieuse s'élevant à 28'782 fr. soit le solde réclamé de 351 indemnités journalières à 82 francs.

2. a) La question litigieuse tient au terme porté au versement des indemnités journalières avec effet au 31 janvier 2015 au motif d'une pleine capacité de travail de l'assurée dès cette date dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, capacité telle que reconnue par les experts J._____ et X._____. Au regard du règlement de l'assurance indemnités journalières en cas de maladie et de maternité, le solde d'indemnités journalières litigieux est de 351 jours, le droit à des prestations ininterrompues échéant en février 2016, comme observé par les parties à l'audience d'instruction du 4 novembre 2016.

b) Quand bien même la recourante revendique le versement d'indemnités journalières à compter du 1^{er} février 2015, le présent arrêt se fonde sur les dispositions dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2016, les modifications apportées par la novelle du 26 septembre 2014 (RO 2015 5137) sur la surveillance de l'assurance-maladie ne portant en l'occurrence que sur des points de nature rédactionnelle.

3. a) A teneur de l'art. 67 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens des art. 2, al. 1, ou 3, LSAMal (loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale ; RS 832.12). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective, notamment par des employeurs pour leurs travailleurs (al. 3 let. a).

Selon l'art. 71 LAMal, lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur (al. 1) ; 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. L'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication (al. 2).

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. Il est toutefois admis qu'une incapacité de travail inférieure à 50% soit indemnisée lorsque les conditions générales de l'assureur le prévoient ou lorsque cela a été expressément convenu avec le preneur d'assurance (art. 73 al. 1 LAMal ; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in : Ulrich Meyer [éditeur], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV Soziale Sicherheit [SBVR], 3^e édition, 2016, n° 1457 p. 840).

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.

b) 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, deuxième 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 l'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 n° 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).

4. a) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

Lors de l'évaluation de la capacité de travail, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; TF 8C_516/2016 du 27 octobre 2016 consid. 4.1.2).

b) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du

contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration ou par le juge, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de ces derniers afin de les éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b et les références ; cf. TF 8C_658/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; cf. également TF 9C_91/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.2 ; cf. TF 9C_584/2011 du 12

mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 précité, loc. cit., avec la jurisprudence citée). Une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. Le juge est donc tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou l'assureur social (ATF 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_658/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1).

5. En l'espèce, la décision litigieuse se fonde sur les expertises pratiquées par les Drs J._____ et X._____. Contrairement à ce que prétend l'intimée, elles ne sont pas probantes en termes d'estimation de la capacité de travail résiduelle, faute pour ces spécialistes d'avoir eu connaissance de l'infection et du descellement des prothèses posées lors de l'intervention chirurgicale subie par la recourante le 10 janvier 2014, soit d'un facteur pathologique objectif propre à justifier les douleurs incapacitantes attestées par les médecins traitants. L'intimée, par son médecin conseil L._____, en convient à juste titre.

Le cas de l'assurée a toutefois fait l'objet d'une troisième expertise au Centre Z._____ SA, laquelle est établie en pleine connaissance de l'anamnèse et du status médical de l'assurée : de bonne facture, dûment motivée, il convient de lui attribuer pleine valeur probante, ce dont les parties conviennent au demeurant.

L'expertise du Centre Z._____ SA n'est cependant guère explicite quant à l'analyse rétrospective de la capacité de travail. Si l'incapacité est indiscutablement constante s'agissant de l'activité habituelle, dans une activité adaptée en revanche, la capacité s'avère nulle à compter du mois de décembre 2013 pour être réputée entière au jour de l'expertise, bien que l'impossibilité de retrouver en l'état une telle activité est évoquée par les experts, qui estiment qu'un délai de deux ans est justifié pour pouvoir se prononcer de manière définitive quant au résultat final, nonobstant un pronostic en principe bon.

Dès lors, une annulation et un renvoi à l'intimée pour complément d'expertise sur ce point pourraient être envisagés. Toutefois, le dossier s'avère suffisamment complet pour trancher la question de la capacité de travail durant la période litigieuse de fin janvier 2015 à fin février 2016, terme du droit contractuel aux prestations. En effet, on ne voit pas que pour le passé, les experts du Centre Z._____ SA puissent exprimer autre chose que ce que contiennent les avis concordants des médecins versés au dossier (cf. entre autres certificat médical de la Dresse B._____ du 4 février 2016, lettre de la Dresse Q._____ du 27 octobre 2015 ainsi qu'un avis d'arrêt de travail du 4 décembre 2015 établi par le Dr S._____ pour la période du 4 décembre 2015 au 8 février 2016), lesquels attestent de manière claire, constante et motivée, une incapacité totale de travail, à tout le moins au 8 février 2016, date du certificat médical du Dr S._____, chirurgien orthopédiste spécialiste en chirurgie de la colonne vertébrale, qui estimait à cette date qu'une reprise d'activité professionnelle n'était pas envisageable avant cinq mois.

Partant, l'appréciation médico-théorique et les conclusions des experts du Centre Z._____ SA ainsi que les constatations objectives des médecins traitants spécialistes, que rien n'oppose, suffisent à constater que l'intéressée ne disposait d'aucune capacité de travail, sans discontinuer de décembre 2013 à février 2016, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité réputée adaptée aux limitations fonctionnelles tenant à une pathologie dûment objectivée.

Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que la recourante pouvait prétendre à des indemnités journalières perte de gain en cas de maladie à 100% jusqu'à l'échéance du droit tel que résultant du règlement de l'assurance indemnités journalières en cas de maladie et de maternité, soit jusqu'au mois de février 2016, comme retenu par les parties à l'audience d'instruction du 4 novembre 2016.

6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition rendue le 5 janvier 2016 par l'intimée réformée, en ce sens que

la recourante a droit au paiement de 351 indemnités journalières à 100% du 1^{er} février 2015 jusqu'à l'échéance conventionnelle du droit à ces prestations.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais judiciaires.

c) 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 3'000 fr. à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
le juge unique
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 5 janvier 2016 par Hotela est réformée, en ce sens que G. _____ a droit au versement par Hotela de pleines indemnités journalières de l'assurance perte de gain en cas de maladie à compter du 1^{er} février 2015 jusqu'à l'échéance contractuelle du droit à ces prestations.

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

IV. Hotela versera à G. _____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Elodie Skoulikas, avocate (pour G. _____),
- Me Didier Elsig, avocat (pour Hotela),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :