

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 décembre 2020

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Dessaux et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

B._____, aux [...], recourante, représentée par Pascale Hauswirth,
conseillère juridique à Monthey,

et

Q._____, à [...], intimée.

Art. 67 al. 1 et 72 al. 2 LAMal.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1977, travaillait en tant que chauffeur de taxi depuis 2003 pour P. _____ Sàrl, société dont elle était associée gérante avec signature individuelle. Par le biais d'un contrat individuel, elle bénéficiait d'une assurance perte de gain maladie auprès de Q. _____, [...] (ci-après : Q. _____ ou l'intimée).

Le 25 octobre 2017, l'assurée a adressé à Q. _____ une déclaration d'incapacité de travail depuis le 14 septembre 2017 en raison d'une tendinite aux bras gauche et droit.

Dans un rapport du 25 octobre 2017 adressé à Q. _____, le Dr D. _____, médecin praticien et médecin traitant, a posé le diagnostic d'épaule gelée à droite dans le contexte d'une tendinopathie du supra-épineux, d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne et d'arthrose acromio-claviculaire, se répercutant sur la capacité de travail et existant depuis le 21 septembre 2017. Il a indiqué que l'assurée présentait des douleurs à l'épaule droite depuis le mois de juillet 2015, calmées par antalgie et physiothérapie mais réactivées depuis le mois d'octobre 2017. Une infiltration était prévue prochainement. Actuellement, l'assurée faisait état de douleurs au moindre mouvement. Le Dr D. _____ a constaté qu'elle présentait des limitations fonctionnelles pour les mouvements d'antéflexion, d'abduction et de rotation interne/externe avec une faiblesse musculaire dans le membre, ainsi que des difficultés à tourner le volant d'un véhicule automobile.

Par certificat médical du 22 novembre 2017, le Dr D. _____ a attesté une incapacité de travail totale pour une durée probable d'un mois, incapacité renouvelée mensuellement durant l'année. Depuis novembre 2018, ce médecin a attesté une incapacité de travail totale de durée indéterminée.

Le 19 février 2018, en réponse à une demande de renseignements médicaux de Q._____, le Dr D._____ a indiqué que l'infiltration réalisée le 26 octobre 2017 était restée sans effet. Il a précisé que l'amplitude articulaire de l'abduction de l'épaule droite était à 90°. Selon lui, une reprise de l'activité habituelle était envisageable prochainement.

A l'occasion d'une séance du 28 février 2018 au sein de l'assurance, le Dr K._____, médecin-conseil et spécialiste en médecine interne générale, a préconisé d'attendre encore 2 à 3 mois en vue d'une récupération, dans la mesure où cela pouvait prendre du temps en présence d'une atteinte à l'épaule et d'une bursite.

Le 6 mars 2018, une collaboratrice de Q._____ s'est entretenue avec le Dr D._____. Il a précisé ne pas savoir exactement quand la reprise de l'activité habituelle pourrait avoir lieu.

Le 7 mai 2018, Q._____ a ordonné la mise en œuvre d'une expertise auprès du Dr T._____, spécialiste en rhumatologie. L'expert a examiné l'assurée le 20 juillet 2018 à son cabinet. Dans un rapport du 31 août 2018, il a posé le diagnostic d'omalgies droites sans signe de conflit au décours sur minime tendinopathie du sus-épineux, avec effet sur la capacité de travail. Il a également diagnostiqué un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique avec diminution du seuil de déclenchement à la douleur, un syndrome cervicobrachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et sans signe de discopathie, des lombopygalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif, un status post-cholécystectomie le 5 août 2016, un status post-entorse de la cheville gauche en juillet 2015 et une surcharge pondérale (BMI : 37kg/m²), tous sans effet sur la capacité de travail. Il a précisé que les diagnostics posés influençaient la capacité de travail dans le sens où il y avait une chronicisation de la symptomatologie douloureuse de l'épaule droite mais qui s'était étendue en tâches d'huile avec cervicobrachialgies et lombopygalgies récurrentes. Une reprise de l'activité habituelle était exigible à 60 %, à augmenter de 20 % par mois. L'assurée était capable de

travailler à 100 % dès à présent dans une activité adaptée, telle que la surveillance, l'accueil, la vente ou le magasinage d'objets légers. Le Dr T._____ a précisé qu'actuellement, il y avait peu de substrat organique pouvant justifier un changement de profession. C'était surtout le vécu douloureux chronique à insérer dans un contexte fibromyalgique qui entraînait une impotence fonctionnelle. Cependant, quelle que soit l'activité professionnelle, les chances de succès paraissaient être réduites. Du point de vue thérapeutique, l'expert a recommandé une prise en charge physiothérapeutique en hydrothérapie ainsi qu'une médication décontractante progressive et l'introduction d'un traitement de triyclique.

Le 12 septembre 2018, le Dr K._____ a adhéré aux conclusions de l'expert s'agissant de la capacité de travail de l'assurée, précisant que la reprise du travail était exigible dès le 1^{er} octobre 2018, à 100 % dans une activité adaptée et à 60 % dans l'activité habituelle, capacité augmentée de 20 % par mois.

Par décision du 21 septembre 2018, Q._____ a informé l'assurée que les indemnités journalières lui seraient versées à 100 % jusqu'au 30 septembre 2018, puis à 40 % du 1^{er} au 31 octobre 2018. Dès le 1^{er} novembre 2018, le versement prendrait fin car les conditions d'octroi des prestations ne seraient plus remplies. Q._____ a précisé s'être fondée sur l'appréciation de son médecin-conseil selon laquelle une reprise par l'intéressée de son activité habituelle était raisonnablement envisageable à 60 % dès le 1^{er} octobre 2018. Une approche physiothérapeutique ainsi qu'une adaptation du traitement médicamenteux permettraient d'augmenter sa capacité de travail de 20 % par mois. Q._____ a également indiqué qu'elle adressait au Dr D._____ une copie du rapport du médecin expert pour prise de connaissance et mise en place des mesures utiles.

Dans un rapport du 8 octobre 2018 adressé à Q._____, le Dr D._____ a relevé que l'expert n'avait pas signalé l'aggravation des lésions décrites dans le rapport d'imagerie par résonance magnétique

(IRM) de l'épaule droite du 21 septembre 2017 par rapport à celui du 19 avril 2016, alors qu'il avait constaté des amplitudes articulaires en actif limitées aux deux tiers lors de son examen clinique. Selon le médecin traitant, ces lésions allaient encore progresser, non seulement en raison de la tendinopathie du tendon supra-épineux et de l'évolution de l'arthrose acromio-claviculaire avec un acromion de type Bigliani II. S'agissant des recommandations de l'expert au sujet de l'approche physiothérapeutique et de l'amplification du traitement médicamenteux, le Dr D._____ a indiqué que la patiente prenait à ce jour un traitement maximal d'antalgiques et d'anti-inflammatoires, à savoir Dafalgan, Irfen, Tilur et Tramadol. Actuellement, les douleurs étaient relativement continues, nettement augmentées lors des mouvements en hauteur. Elles survenaient aussi bien en passif qu'en actif, limitant les mouvements de l'abduction et de la flexion antérieure. Ces limitations contre-indiquaient la conduite automobile au risque d'être à l'origine d'un accident sur la voie publique.

Le 22 octobre 2018, l'assurée, représentée par sa conseillère juridique Pascale Hauswirth, a formé opposition à l'encontre de la décision du 21 septembre 2018. Elle a allégué que ni l'expert, ni Q._____ n'avait tenu compte du caractère évolutif de l'affection de son épaule droite. Il était également difficilement concevable d'augmenter la médication, tel que cela était préconisé par l'expert, alors qu'elle se trouvait déjà sous traitement maximal d'antalgiques et d'anti-inflammatoires. Elle a enfin relevé des contradictions dans le rapport d'expertise, en particulier lorsque l'expert posait certains diagnostics n'ayant pas d'effet sur la capacité de travail mais précisait par la suite qu'ils influaient sur la capacité de travail, ou lorsqu'il retenait qu'une activité adaptée était exigible à 100 % mais ajoutait que les chances de succès paraissaient être réduites quelle que soit l'activité professionnelle.

Par courrier du 26 octobre 2018, Q._____ a adressé au Dr T._____ le rapport du Dr D._____ du 8 octobre 2018 et l'opposition de l'assurée, le priant de lui faire parvenir un rapport complémentaire

concernant la « demande de prolongation de [ses] versements à 100 % au-delà du 30 septembre 2018 ».

Dans un rapport complémentaire du 23 novembre 2018, le Dr T._____ a notamment relevé que sa proposition de traitement d'une médication décontracturante et d'un traitement tricyclique n'avait apparemment pas été suivie, de sorte que le traitement actuel n'était pas maximal. Il a ajouté que la description des douleurs était purement subjective et que le Dr D._____ n'avait fait mention d'aucun status pouvant faire état d'une aggravation de la situation. Il a au demeurant invité ce médecin « à relire plus attentivement l'expertise et à faire des recherches sur le syndrome fibromyalgique que présent[ait] sa patiente ». Il a enfin fait part de sa surprise quant à l'absence de prise en compte par le médecin traitant de la nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur avec syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique qui avait bien été décrit dans l'expertise. Il s'interrogeait sur le bien-fondé des allégations mises en exergue par les « détracteurs ». Il a conclu qu'il n'y avait aucun élément relevant et significatif mis en évidence pour se distancier des conclusions de l'expertise. Il avait certes pris en compte l'évaluation d'une péjoration de l'imagerie décrite par un radiologue, et non par un clinicien, mais les lésions paraissaient minimes et n'expliquaient pas l'ampleur de la symptomatologie douloureuse.

Dans une note du 5 décembre 2018, le Dr K._____ a considéré que l'opposition était subjective, sans nouvelle radiographie et peu fondée. Il a ainsi maintenu sa position, comme relaté par le Dr T._____.

Par décision sur opposition du 29 janvier 2019, Q._____ a rejeté l'opposition de l'assurée et maintenu sa décision du 21 septembre 2018. Elle a fait état de plusieurs contradictions et incohérences dans les déclarations de l'assurée et de son médecin traitant concernant le début de l'incapacité de travail et la capacité à la conduite automobile. Il existait également un écart important entre les plaintes alléguées et les

constatations objectives. Q._____ a estimé que le rapport d'expertise remplissait les conditions pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue. Aucune contradiction justifiant de s'écarter de ces conclusions n'était mise en lumière par l'assurée, son mandataire ou son médecin traitant, ni par la lecture de l'expertise.

B. Par acte de son mandataire du 1^{er} mars 2019, B._____ a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition qui précède, concluant principalement à ce qu'elle soit annulée et à ce que des prestations soient versées au-delà du 30 septembre 2018 sur la base d'un taux d'incapacité de 100 %, subsidiairement à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée et la cause renvoyée à l'intimée pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. Elle a allégué que l'expert n'avait pas pris en considération, dans ses prescriptions, le fait qu'elle bénéficiait déjà d'un traitement physiothérapeutique régulier et que la médication préconisée, tout comme le traitement déjà prescrit par le médecin traitant, avaient pour principale contre-indication la conduite de véhicules automobiles. Ils provoquaient des états de somnolence, des troubles de la vision, des vertiges et influaient la capacité de réaction et l'aptitude à conduire. Elle a à nouveau relevé les contradictions contenues dans l'expertise entre les éléments décrits par l'expert et ses conclusions. L'activité de chauffeur de taxi exigeait en outre une mobilité accrue du haut du corps, incompatible avec les constats de l'expert durant l'examen clinique, ce d'autant plus qu'elle était alors sous médication. L'expert n'avait enfin pas suffisamment pris en compte la nature de son activité professionnelle dans l'appréciation de la capacité de travail.

Par réponse du 17 juin 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours, considérant que le rapport d'expertise du Dr T._____ et son complément du 23 novembre 2018 étaient probants. Elle a au demeurant produit un nouveau complément du Dr T._____ daté du 7 juin 2019, dans lequel il relevait que toute médication antalgique, même majeure, n'entraînait pas forcément un phénomène de somnolence. Il précisait que, lors de l'examen clinique de la recourante, elle ne présentait ni

somnolence, ni vertige, ni trouble de la vision et lui avait indiqué être venue en voiture.

Répliquant le 19 septembre 2019, la recourante a ajouté que si toute médication antalgique n'entraînait pas forcément un phénomène de somnolence, le risque n'était pas exclu dans son cas et ne pouvait pas être couru au vu de son activité de chauffeur de taxi. Elle a de surcroît allégué avoir déposé son permis de conduire, vu les effets ressentis. Elle a enfin précisé s'être rendue en voiture au rendez-vous fixé par l'expert, non pas en tant que conductrice mais comme passagère.

Par duplique du 29 novembre 2019, l'intimée a maintenu ses conclusions. Elle a produit un nouveau complément du Dr T._____ du 4 octobre 2019 dans lequel il indiquait qu'il n'y avait pas de contre-indication à avoir une activité professionnelle pour autant que la médication soit prise de manière opportune.

Par courrier du 8 avril 2020, la juge instructrice, constatant que l'expert avait fait état de nombreux rapports médicaux dans son rapport qui ne figuraient pas au dossier transmis par l'intimée, notamment ceux des Drs L._____, R._____, V._____, J._____ et E._____, a demandé à celle-ci de les lui faire parvenir.

Le 27 avril 2020, l'intimée a adressé à la Cour de céans des rapports radiologiques des 29 juillet 2015 et 8 août 2016 du Dr W._____, spécialiste en radiologie, précisant qu'elle ne disposait d'aucun autre rapport.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition

n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières calculées sur la base d'une incapacité de travail de 100 % au-delà du 30 septembre 2018.

3. a) Aux termes 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 indemnités journalières avec un assureur.

b) D'après l'art. 72 al. 2 LAMal, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 6 LPGA, 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 et 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. En ce sens, l'assurance d'indemnités journalières n'assure l'incapacité de travail que dans les limites posées par l'obligation de diminuer le dommage (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n. 1461, p. 841-842).

c) A teneur de l'art. 4 al. 1 des Conditions générales de l'assurance individuelle d'une indemnité journalière selon la LAMal (BCGM01-F4 – Edition 01.04.2016), l'intimée alloue l'indemnité journalière en cas d'incapacité de travail à partir de 50 %. Selon l'art. 4 al. 10 des mêmes conditions générales, elle est versée pour une ou plusieurs incapacités de travail durant 720 jours dans une période de 900 jours.

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

b) En principe, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire 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/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

5. Dans la procédure en matière d'assurances sociales, l'expertise est un acte procédural effectué en réponse à une sollicitation particulière d'un assureur par un tiers spécialiste, choisi en fonction de ses compétences et de sa réputation d'excellence dans le domaine considéré. La personne appelée à œuvrer en qualité d'expert doit disposer, outre l'indépendance expressément mentionnée à l'art. 44 LPGA, d'un certain nombre de qualités personnelles et professionnelles. L'expertise doit être réalisée personnellement par le spécialiste désigné, lequel doit être compétent et impartial. A cet égard, l'expert doit éviter tout fait ou comportement pouvant susciter un doute quant à son impartialité, qui revêt trois composantes distinctes : l'indépendance, l'objectivité et la neutralité. L'expert ne doit ainsi pas se trouver dans la sphère d'influence des parties. Un rapport de dépendance (morale, économique ou financière) ou des liens particuliers (personnels, matériels ou idéaux) entre l'expert et l'une des parties peuvent, selon leur nature ou leur intensité, fonder un soupçon suffisant pour justifier les appréhensions de l'autre partie quant à l'impartialité de l'expert. L'expert doit également procéder à un examen objectif de la situation et rapporter les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée. L'opinion émise par l'expert doit

être factuelle et fondée sur des principes scientifiques généralement acceptés et conformes aux données actuelles de la science. L'expert doit enfin adopter, en toutes circonstances, un comportement neutre et une attitude courtoise et respectueuse à l'égard des parties. Il ne doit pas utiliser des paroles ou des gestes susceptibles d'exprimer de la sympathie ou de la bienveillance à l'égard d'une partie, ou, au contraire, de l'indifférence ou de l'exaspération (Jacques-Olivier Piguet, *in* Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n^{os} 10 ad art. 44).

6. a) L'intimée fonde sa décision sur l'appréciation de l'état de santé de l'assurée qu'a faite le Dr T. _____ dans son rapport d'expertise du 31 août 2018 et son complément du 23 novembre 2018. Il considère que la recourante est capable de travailler dans son activité habituelle de chauffeur de taxi à 60 % dès le 1^{er} octobre 2018, capacité qui pourrait être augmentée de 20 % par mois en suivant ses prescriptions.

Pour sa part, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise et soutient qu'elle est toujours incapable de travailler, en s'appuyant sur un rapport du Dr D. _____ du 8 octobre 2018.

b) En l'espèce, l'appréciation du Dr D. _____ diffère largement de celle de l'expert T. _____.

Leurs avis s'opposent quant aux diagnostics retenus mais aussi quant à l'intensité de ceux-ci. Alors que l'expert considère que la recourante souffre d'omalgies, soit de simples douleurs, le Dr D. _____ retient qu'elle est atteinte d'une épaule gelée, laquelle se caractérise par un épaissement et une contraction des tissus entourant l'articulation de l'épaule qui provoquent douleur et raideur et qui réduisent le mouvement du membre supérieur. Même lorsque les médecins semblent s'accorder en constatant que l'atteinte à la santé de l'assurée s'inscrit dans un contexte de tendinopathie, l'expert qualifie cette tendinopathie de minime. Le Dr T. _____ ne justifie pourtant pas son appréciation. Il n'explique ainsi pas ce qui lui permet de s'écarter de l'avis du médecin traitant ni de

qualifier la tendinopathie de minime. Le Dr T._____ semble en outre focaliser son analyse sur la diminution du seuil de déclenchement de la douleur qui s'inscrit dans un contexte de syndrome fibromyalgiforme. Or, un tel syndrome n'a été évoqué ni par le médecin traitant ni par les médecins dont les rapports sont cités par le Dr T._____ dans son expertise. L'expert n'expose au demeurant pas avec clarté les raisons qui lui permettent de retenir ce diagnostic. Le seul fait de mentionner « la présence de 18/18 points d'insertion selon Smythe positifs », en l'absence de plus amples explications, est insuffisant.

Les Dr D._____ et T._____ évaluent également différemment la capacité de travail de l'assurée. Tandis que le médecin traitant atteste encore d'une incapacité totale de travail de durée indéterminée en novembre 2018, l'expert retient que la recourante dispose d'une capacité de travail à 60 % dans son activité habituelle, dès le mois d'octobre 2018, capacité qui pourrait encore augmenter de 20 % par mois.

Malgré ces divergences, l'intimée fonde exclusivement sa décision sur le rapport d'expertise du 31 août 2018 et les compléments requis auprès de l'expert ultérieurement, qui sont à plusieurs égards critiquables.

L'expert semble en effet se contredire lorsqu'il retient que certains diagnostics n'ont pas d'impact sur la capacité de travail (rapport d'expertise, point 6.3), mais qu'il précise au point suivant que ces diagnostics - censés ne pas être incapacitants - influencent tout de même la capacité de travail (rapport d'expertise, point 6.4). On peine également à comprendre le raisonnement de l'expert qui considère, d'une part, que la recourante est capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée, mais qui, d'autre part, reconnaît qu'une reprise de l'activité professionnelle serait profitable à l'intéressée dans un but thérapeutique, afin d'éviter toute désocialisation. L'expert admet encore une impotence fonctionnelle dans les activités quotidiennes et professionnelles, sans

pourtant faire état des limitations fonctionnelles dans l'activité habituelle. Son rapport d'expertise se révèle ainsi contradictoire et lacunaire.

En outre, la question de l'indépendance de l'expert se pose, dans la mesure où l'intimée a continué à interpeller l'expert afin qu'il se détermine sur les griefs soulevés par la recourante, tant au stade de la procédure administrative que judiciaire. La procédure avançant, l'expert a, à la demande expresse de l'intimée, abandonné son rôle d'expert neutre et impartial pour endosser celui de médecin-conseil. Or, dans ses compléments, l'expert ne fait que formuler différemment ce qu'il a déjà exposé dans son rapport initial. Il n'apporte pas d'éléments supplémentaires, sous réserve d'explications générales sur la posologie des médicaments prescrits à l'assurée. Ses compléments manquent au demeurant d'impartialité et laissent transparaître l'exaspération de l'expert face aux critiques formulées à l'encontre de son rapport. Le Dr T. _____ s'en prend ainsi tant au médecin traitant qu'à la représentante de la recourante, soulignant l'ignorance de celle-ci de la médecine ou les invitant à relire plus attentivement son rapport ou à se renseigner de manière plus approfondie, allant même jusqu'à les qualifier de « détracteurs ». Il fait également preuve de mépris à leur égard, ce qui n'est pas admissible de la part d'un expert. En réagissant de manière personnelle aux griefs soulevés contre son rapport d'expertise, le Dr T. _____ a perdu l'impartialité et la neutralité attendues d'un expert. Ses compléments prêtent ainsi le flanc à la critique.

Vu ce qui précède, on ne saurait conférer une pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr T. _____. L'intimée ne pouvait dès lors mettre un terme aux prestations d'assurance en se fondant sur cette seule appréciation.

c) Les autres pièces au dossier ne permettent pas non plus d'établir à satisfaction quelle était la capacité de travail de la recourante dès le 1^{er} octobre 2018.

Le Dr D._____, médecin traitant, évoquait au début de la période d'incapacité une reprise prochaine du travail par l'intéressée (rapport du 19 février 2018). Il a toutefois continué à attester une incapacité totale de travail de durée indéterminée, depuis le mois de novembre 2018. Dans son rapport du 8 octobre 2018, il évoque des douleurs continues et augmentées mais n'étaye pas davantage ses propos. Alors qu'il critique le rapport d'expertise du Dr T._____, il n'en explique pas les raisons ni ne précise dans quelle proportion la capacité de travail est entravée. Ses rapports ne sont par conséquent pas suffisamment objectivés médicalement pour se prononcer sur la capacité de travail de la recourante.

Quant à l'avis du Dr K._____, médecin-conseil de l'intimée, il ne saurait emporter la conviction de la Cour de céans. L'appréciation de ce médecin, extrêmement succincte, ne fait que confirmer, sans valeur ajoutée, les appréciations du Dr T._____. Au demeurant, de nombreux rapports médicaux et d'imagerie, pourtant évoqués dans le rapport d'expertise, ne figurent pas au dossier. L'expert n'a en outre pas transmis à l'intimée le rapport de la radiographie qu'il a réalisée à l'occasion de son examen clinique. Malgré la demande de la juge instructrice du 8 avril 2020 de produire notamment les rapports des Drs L._____, R._____, V._____, J._____ et E._____ mentionnés par l'expert dans son rapport, l'intimée a indiqué n'être en possession que des rapports radiologiques des 29 juillet 2015 et 8 août 2016. Dès lors, le Dr K._____ n'avait vraisemblablement pas connaissance de l'entier du dossier de la recourante. *A fortiori*, la Cour de céans ne se saurait se prononcer sur l'état de santé de la recourante et ses incidences sur la capacité de travail, à défaut de disposer d'un dossier complet.

d) Il ressort ainsi des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il se justifie donc de renvoyer la cause à Q._____, à laquelle il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (43 al. 1 LPGa). Il lui incombera en

particulier de recueillir les rapports des médecins ayant suivi la recourante pour son épaule droite afin de reconstituer son dossier, notamment ceux dont il est fait état dans le rapport d'expertise du Dr T._____, puis, cas échéant, de mettre en œuvre une nouvelle expertise rhumatologique conforme aux exigences de l'art. 44 LPGA qui devra se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail de l'assurée depuis le 1^{er} octobre 2018. Il appartiendra ensuite à l'intimée de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

7. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

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

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son mandataire (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

**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 29 janvier 2019 par Q._____ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

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

IV. Q._____ versera à B._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Pascale Hauswirth (pour B._____),
- Q._____,
- 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).

La greffière :