

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 mai 2022

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Métral, juge, et M. Gutmann, assesseur  
Greffière : Mme Neurohr

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

**D.** \_\_\_\_\_, à [...], intimée,

---

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

## **E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], était employée à plein temps depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009 par V.\_\_\_\_\_ SA, société dont elle est devenue administratrice au bénéfice de la signature individuelle en décembre 2011. Elle y travaillait en qualité de secrétaire à 30 % et effectuait des livraisons de matériel sur les chantiers à raison de 70 %. A ce titre, elle bénéficiait d'une assurance perte de gain maladie auprès de D.\_\_\_\_\_ (ci-après : D.\_\_\_\_\_ ou l'intimée), par le biais d'un contrat d'assurance maladie collective.

Le 12 mars 2020, V.\_\_\_\_\_ SA a adressé à D.\_\_\_\_\_ une déclaration d'incapacité de travail maladie depuis le 2 mars 2020 concernant K.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 24 mars 2020, la Dre H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de lombosciatalgies gauches, aiguës depuis le 15 janvier 2020 et chroniques acutisées depuis le 29 février 2020, de protrusion discale circonférentielle L4-L5 et L5-S1 depuis 2016 ainsi que d'enthésophytose antérieure L3-L4 et L4-L5 depuis 2016. Les lombosciatalgies étaient objectivées par une manœuvre de Lasègue positive à gauche à partir de 45°, une flexion et rotation du tronc limitées, une extension des membres inférieurs en décubitus dorsal impossible. La Dre H.\_\_\_\_\_ a attesté des périodes d'incapacité totale du 1<sup>er</sup> au 10 mars 2020, à 50 % du 11 au 16 mars, puis à nouveau totale depuis le 17 mars 2020. Une reprise de l'activité n'était pas prévue avant le 29 mars 2020.

Le 25 juin 2020, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin-conseil chez D.\_\_\_\_\_ et spécialiste en médecine interne générale, a réalisé un examen de l'état de l'assurée. Dans un rapport du même jour adressé à la Dre H.\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_ a retenu que l'incapacité actuelle de travail était due à des lombalgies avec blocage lombaire et irradiation de type radicualgies sur les deux fesses, sans trouble moteur. L'assurée

présentait des lombalgies depuis le printemps 2016 et une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) réalisée en juillet 2016 avait mis en évidence une enthésophytose marginale antérieure en L3-L4 et L4-L5 et débord discal circonférentiel engendrant un rétrécissement d'origine mixte des foramens et des récessi en L4-L5 et L5-S1. Il a précisé que l'assurée avait été victime d'un accident en 2010 occasionnant une fracture du cinquième métatarsien gauche. Depuis avril 2016, elle avait présenté des gonalgies gauches évoluant dans le cadre d'une gonarthrose traitée de manière conservatrice. Après avoir réalisé un examen neurologique et du rachis, le Dr W. \_\_\_\_\_ a estimé que l'assurée était apte à reprendre son activité de secrétaire, à condition qu'elle ne porte plus de charges et ne participe plus à la livraison de matériel, comme elle le faisait depuis trois ans déjà. Elle avait d'ailleurs repris son activité de secrétaire à mi-temps depuis le 16 juin 2020. Une reprise d'activité sédentaire était donc possible après la prochaine consultation auprès du médecin traitant, à la mi-juillet. L'assurée devait alors éviter de porter des charges de plus de 10 kg de manière ponctuelle, éviter les positions en porte-à-faux, les activités sur des échelles ou des échafaudages.

Une IRM lombaire réalisée le 4 août 2020 a mis en évidence des troubles dégénératifs modérés L5-S1, sans anomalie significative aux autres niveaux lombaires et sans lésion pouvant être responsable d'un conflit radiculaire.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2020 à l'attention de la Dre H. \_\_\_\_\_, les Drs S. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_, spécialistes en anesthésiologie, ont posé les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques résistant à un traitement conservateur et possiblement secondaires à une dysfonction facettaire, de bursite trochantérienne probablement réactionnelle, de céphalées chroniques possiblement pharmaco-induites et de gonalgies chroniques bilatérales secondaires à une gonarthrose. Ils ont préconisé la poursuite de la prise en charge multimodale avec une approche médicamenteuse, physique, éventuellement psychique et interventionnelle par la réalisation de blocs diagnostiques en vue d'une éventuelle dénervation des articulations facettaires.

Le 21 octobre 2020, V.\_\_\_\_\_ SA a adressé à D.\_\_\_\_\_ une nouvelle déclaration d'incapacité de travail en raison de maladie depuis le 12 octobre 2020, faisant état d'une rechute de la précédente période d'incapacité. L'assurée avait travaillé pour la dernière fois le 9 octobre 2020.

Dans un courrier du 10 novembre 2020, D.\_\_\_\_\_ a informé l'employeur que l'arrêt de travail annoncé n'était reconnu qu'à partir du 20 octobre 2020 et que la période antérieure à cette date ne donnait pas droit à des prestations.

Le 30 décembre 2020, D.\_\_\_\_\_ a adressé une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) pour le compte de l'assurée.

Le 21 janvier 2021, en réponse à une demande de renseignements de D.\_\_\_\_\_, la Dre H.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs lombaires, évoluant depuis 2015, de céphalées chroniques, de gonalgies chroniques sur gonarthrose, de bursite trochantérienne et d'éperon calcanéen, avec effet sur la capacité de travail. Elle a indiqué avoir constaté, lors des consultations des 12 octobre et 10 décembre 2020, une raideur du rachis lombaire chez l'assurée, une manœuvre de Lasègue positive à 70° des deux côtés, sans troubles sensitivo-moteurs. Lors de la consultation du 11 décembre 2020, elle avait relevé des plaintes de talalgies droites, des lombalgies et des douleurs du 5<sup>ème</sup> doigt gauche non objectivée à la radiographie. La Dre H.\_\_\_\_\_ a énuméré les limitations fonctionnelles suivantes : difficulté à se mobiliser, impossibilité à porter des charges, humeur dépressive et anosognosie de l'état dépressif. Elle avait attesté les périodes d'incapacité suivantes : incapacité totale du 12 au 28 octobre, à 50 % jusqu'au 29 novembre, puis à nouveau totale du 24 novembre 2020 au 3 janvier 2021, et à 50 % depuis lors. Le pronostic n'était pas bon en raison de la chronicité des lombalgies sans important substrat somatique.

Le 13 avril 2021, D. \_\_\_\_\_ a informé l'assurée de la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique dont elle avait confié la réalisation au Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie.

Après avoir reçu l'assurée le 26 mai 2021, l'expert a rendu son rapport le 27 mai 2021. Il a retenu le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques anamnestiquement présentes depuis 2016. Il a toutefois relevé qu'il n'y avait aucun trouble neurologique associé et un substrat organique extrêmement modeste, après un examen clinique limité en raison du peu de collaboration de l'assurée. Les plaintes douloureuses et les multiples arrêts de travail dépassaient toutefois ce que l'on pouvait attendre au vu des examens objectifs réalisés, et plus particulièrement des deux IRM lombaires pratiquées en 2016 et 2020. Le tableau clinique était probablement celui de douleurs chroniques ressemblant beaucoup à une fibromyalgie avec des douleurs plus particulièrement ressenties au niveau du rachis lombaire. L'expert a estimé que la capacité de travail était entière dès à présent dans l'activité habituelle de secrétaire et a rejoint les conclusions auxquelles étaient arrivés les experts de la Clinique C. \_\_\_\_\_ en 2016 et le Dr W. \_\_\_\_\_ en juin 2020. L'activité habituelle était adaptée ; elle n'engendrait pas de port de charges et permettait l'alternance des positions avec de courts déplacements. L'expert a précisé qu'il adhérait à la proposition, faite par le médecin traitant, d'entreprendre un programme de réentraînement rachidien et souscrivait à une prise en charge ambulatoire en groupe afin d'améliorer les connaissances de l'assurée sur sa pathologie douloureuse.

Le 11 juin 2021, un médecin-conseil de D. \_\_\_\_\_ a adhéré aux conclusions de l'expert, relevant qu'il y avait lieu de se référer aux avis des experts de la Clinique C. \_\_\_\_\_, du médecin-conseil et du Dr L. \_\_\_\_\_ qui avaient tous décrit la même activité professionnelle.

Par décision du 15 juin 2021, D. \_\_\_\_\_ a informé l'assurée qu'elle mettait un terme au versement de ses prestations au 20 juin 2021 au plus tard. Sur la base des pièces au dossier, son médecin-conseil avait

estimé qu'une reprise du travail à plein temps était possible à partir du 21 juin 2021 dans son activité d'employée de bureau.

Par courrier du 24 juin 2021, l'assurée s'est opposée à cette décision. Elle a invoqué ne pas être apte à reprendre son activité à 100 %, ce qu'attestait son médecin traitant. Elle a invité l'assurance à s'adresser à la Dre H. \_\_\_\_\_ pour toutes informations médicales complémentaires.

Le 13 septembre 2021, l'assurée a été convoquée pour un entretien dans les locaux de D. \_\_\_\_\_ afin de recueillir les informations utiles à la détermination de son droit aux prestations. Un procès-verbal a été tenu à cette occasion.

Dans l'intervalle, l'OAI a rendu une décision, le 24 septembre 2021, au terme de laquelle elle refusait de prester, considérant que l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 21 juin 2021.

Par décision sur opposition du 20 octobre 2021, D. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 15 juin 2021. Elle a indiqué avoir examiné la valeur probante du rapport d'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_, dès lors que l'assurée se contentait d'opposer les certificats médicaux établis par son médecin traitant au résultat de l'expertise. Elle a retenu que l'expertise remplissait les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Les conclusions de l'expert allaient en outre dans le même sens que celles formulées par un autre expert qui, déjà en 2016, avait relevé l'absence d'explications somatiques aux plaintes chez une assurée démonstrative et susceptible. D. \_\_\_\_\_ a précisé que si les conclusions de ce précédent expert ne s'étaient pas vues conférer une pleine valeur probante par le Tribunal cantonal, c'était uniquement parce que l'expert exerçait dans un centre d'expertise désavoué par la justice, ce qui n'était pas le cas du Dr L. \_\_\_\_\_. Le médecin traitant de l'assurée n'avait pas non plus constaté de substrat organique important pour expliquer les plaintes douloureuses. Enfin, l'assurée étant également administratrice de la société qui l'employait,

elle disposait d'une grande latitude pour adapter son poste de travail à son état.

**B.** Par acte du 16 novembre 2021, K.\_\_\_\_\_ a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision sur opposition, concluant en substance à son annulation. Elle a remis en question l'objectivité de l'expert, comme cela avait déjà été le cas par le passé, et sollicité qu'un expert neutre soit mandaté. Elle a ajouté qu'elle demeurait en incapacité de travail, ce qu'attestait son médecin traitant.

Le 23 novembre 2021, la recourante a adressé à la Cour de céans des rapports médicaux, dont deux rapports établis les 24 septembre et 11 octobre 2021 par le Dr M.\_\_\_\_\_ dans lesquels il posait les diagnostics de chondropathie fémoro-tibiale interne de stade 1 à 2 et de chondropathie fémoro-patellaire sans arthrose de stade 3 à 4.

Par réponse du 6 janvier 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que l'assurée n'avait fait valoir aucune objection contre l'expert, lorsqu'elle avait été informée du nom de celui-ci par courrier du 13 avril 2021. Elle ne pouvait donc plus se prévaloir à ce stade du mauvais choix de l'expert L.\_\_\_\_\_ en prétextant qu'il avait été mal choisi comme cela s'était déjà produit par le passé lorsque la Clinique C.\_\_\_\_\_ avait été mandatée. Pour le surplus, l'intimée a confirmé qu'une pleine valeur probante pouvait être conférée au rapport d'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_. Elle a ajouté que l'assurée n'avancait aucun argument pour mettre en doute les conclusions de l'expert et se prévalait uniquement des certificats médicaux établis par son médecin traitant.

**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 prestations perte de gain maladie au-delà du 21 juin 2021, à charge de D.\_\_\_\_\_.

**3. a)** Aux termes de l'art. 67 al. 1 LAMal, toute personne qui est domiciliée en Suisse ou y exerce une activité lucrative et qui est âgée de quinze ans au moins mais n'a pas atteint l'âge de 65 ans peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur.

**b)** L'art. 72 al. 2 LAMal stipule que le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA). Est constitutive d'une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA 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.

**4.** 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré 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 (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

**5.** Dans le cas d'espèce, se fondant sur le rapport d'expertise du 27 mai 2021 du Dr L.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ a mis fin au versement des

indemnités journalières perte de gain au 21 juin 2021, estimant qu'une reprise du travail était raisonnablement exigible de l'assurée depuis lors.

**a)** La recourante soutient que l'expert n'est pas indépendant. Or, rien au dossier ne permet de mettre en doute l'impartialité de l'expert et la recourante ne formule aucun grief précis à cet égard. Cela étant, force est toutefois de constater que l'appréciation de l'expert ne suffit pas à fonder la décision sur opposition litigieuse.

**b)** Au terme de son rapport du 27 mai 2021, le Dr L. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de lombalgies chroniques anamnestiquement présentes depuis 2016, ayant un impact sur la capacité de travail. On ignore toutefois les raisons qui l'ont amené à retenir ce diagnostic, plutôt que les autres qui avaient été posés par les médecins traitants. Dans son rapport, l'expert a pourtant fait état de la documentation à sa disposition, en prenant soin de rapporter les diagnostics figurant dans chacun des rapports des médecins traitants. Malgré cela, l'expert ne les a pas examinés en détail, ni expliqué les raisons qui l'ont amené à les écarter. Alors qu'il a mentionné la présence de gonalgies avec une discrète gonarthrose dans les antécédents personnels de l'assurée, il ne retient pas ce diagnostic, ni ne l'écarte formellement. Ce diagnostic avait cependant été posé tant par les Drs S. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2020 que par la Dre H. \_\_\_\_\_ dans un rapport du 21 janvier 2021, de sorte qu'il était nécessaire de l'examiner. Cela se justifie à plus forte raison que les gonalgies ont apparemment évolué en chondropathies de différents stades, comme l'a constaté le Dr M. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 11 octobre 2021. L'expert a également relevé que l'assurée présentait de nombreux éléments anamnestiques en faveur d'une fibromyalgie, soit une importante asthénie au lever, des troubles du sommeil et de nombreuses douleurs à la pression des points de fibromyalgie constatées lors de l'examen clinique. En dépit de ces nombreux éléments, l'expert n'a plus évoqué cette pathologie dans son rapport, ni formulé aucune remarque afin que ce diagnostic soit confirmé par un spécialiste. Le Dr L. \_\_\_\_\_ n'a donc pas procédé à une analyse circonstanciée des éléments au dossier.

De surcroît, l'expert n'a pas motivé à satisfaction son appréciation de la capacité de travail de la recourante. L'expert justifie sa position en indiquant ce qui suit : « Comme cela a déjà été constaté lors de l'expertise pratiquée par la Clinique C.\_\_\_\_\_ en 2016 puis par le Docteur W.\_\_\_\_\_, médecin-conseil du [...] en juin 2020, les différents experts ont toujours estimé que dans une activité légère la capacité de travail était complète ». Ce simple renvoi aux conclusions d'autres médecins ne saurait être qualifié de véritable analyse circonstanciée de la capacité de travail. Cette manière de faire est d'autant plus inopportune que la valeur probante de l'expertise établie par la Clinique C.\_\_\_\_\_ en 2016 a été niée par la Cour de céans (cause AM 44/17 - 54/2018), conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 144 V 258). L'expert ne saurait donc s'en prévaloir aujourd'hui pour justifier sa propre position.

L'expert n'a pas non plus précisé les limitations fonctionnelles de l'assurée, se contentant de retenir que l'activité de secrétaire était exigible et adaptée dès lors qu'elle n'exigeait pas de port de charges et permettait une alternance des positions. Même si la recourante est actuellement employée de sa propre société, l'intimée ne pouvait simplement retenir qu'il lui était loisible d'adapter son poste de travail et sans connaître précisément la limite maximale autorisée pour le port de charges, la fréquence de l'alternance des positions assise et debout ou le périmètre de marche pour les « courts déplacements ».

Au vu de son contenu, le rapport d'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_ est dépourvu de toute valeur probante. L'intimée ne pouvait dès lors mettre un terme aux prestations d'assurance en se fondant sur cette seule appréciation.

**c)** La Cour de céans ne peut au demeurant pas statuer en l'état du dossier, au vu de l'instruction lacunaire menée par l'intimée et du caractère incomplet du dossier.

Si D.\_\_\_\_\_ a mis en œuvre une expertise monodisciplinaire et l'a confiée à un spécialiste en rhumatologie, il appert à la lecture du rapport de ce dernier que l'intimée aurait dû compléter son instruction. L'expert a en effet posé le diagnostic de lombalgies sans substrat organique mais aussi relevé de nombreux éléments en faveur d'une fibromyalgie. Or, en présence de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique, comme retenu par l'expert dans le cas d'espèce, l'éventuel caractère incapacitant du tableau clinique présenté par la recourante doit être analysé au moyen des indicateurs définis par la jurisprudence (ATF 141 V 281). Il en va de même s'agissant de l'existence d'une fibromyalgie, qui constitue également un syndrome douloureux chronique (cf. Jean Perdrix, « *Fibromyalgie, comment évaluer la capacité de travail ?* », Revue médicale suisse du 20 juin 2007, vol. 3, p. 1585). L'appréciation du caractère invalidant de cette pathologie est subordonnée, par analogie, aux principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, vu les nombreux points communs entre ces troubles (ATF 132 V 65 consid. 4 ; TF 9C\_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2). Le recours à un médecin spécialisé en psychiatrie s'avérait donc nécessaire. Il s'en suit que dans la mesure où le diagnostic posé par l'expert réside dans des douleurs lombaires sans substrat organique et où une fibromyalgie est suspectée, l'évaluation de la capacité de travail incombait à un psychiatre et non à un rhumatologue. L'intimée aurait dû s'en apercevoir et mettre en œuvre une expertise psychiatrique, en sus du volet rhumatologique.

Enfin, le dossier qui a été remis à l'autorité de céans ne contient pas toutes les pièces dont fait mention l'expert dans son rapport, ni les pièces que l'expert indique avoir reçues de la part de l'assurée lors de son examen du 26 mai 2021. Il ressort également du procès-verbal de l'entretien du 13 septembre 2021 qu'un inspecteur des sinistres aurait rendu visite à l'assurée en novembre 2020, sans que l'on retrouve la trace écrite de cet entretien. L'intimée n'a en outre pas sollicité du Dr S.\_\_\_\_\_ la production d'un rapport alors que l'on apprend au détour de l'expertise qu'il a réalisé l'intervention de dénervation qu'il envisageait. Le dossier est

donc incomplet. Dans ces circonstances, l'autorité de céans ne saurait pallier les manquements de l'instruction menée par D.\_\_\_\_\_.

**5. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'espèce, l'instruction menée par l'intimée est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il lui appartiendra dans un premier temps de constituer un dossier complet, en sollicitant notamment des rapports auprès des médecins traitant, avant de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire, comportant un volet rhumatologique et un volet psychiatrique. Les experts désignés disposeront de la faculté d'y associer toute autre spécialité médicale jugée opportune. Il incombera ensuite à l'intimée de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante, étant rappelé que lorsque l'administration rend une nouvelle décision après que la cause lui a été renvoyée pour instruction complémentaire, la limite temporelle de son examen ne s'étend pas seulement à la période courant jusqu'à la date de la décision initiale, mais également à la période postérieure à celle-ci jusqu'à la date de la nouvelle décision (TF 9C\_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 5.2).

**6.**           **a)** En conclusion, 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 considérations puis nouvelle décision.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. <sup>fbis</sup> LPGA), ni d'allouer de dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 20 octobre 2021 par D.\_\_\_\_\_ 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, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- K.\_\_\_\_\_,
- D.\_\_\_\_\_,
- 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 :