

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 avril 2021

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

H._____, à [...], recourante, représentée par Me Tiphanie Chappuis,
avocate à Lausanne,

et

R._____**Caisse maladie**, à [...], représentée par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne.

Art. 67 al. 1 et al. 3 let. a, 72 al. 2 LAMal ; 6 LPGA

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1982, travaillait comme aide infirmière à 100% pour la Fondation F._____ depuis le 1^{er} décembre 2011, lorsqu'elle a connu une première incapacité de travail du 30 mars au 30 juin 2016.

R._____ Caisse maladie (ci-après : R._____ Caisse maladie, l'assureur ou l'intimée), assureur perte de gain de la Fondation F._____ a pris en charge le versement d'indemnités journalières en faveur de l'assurée.

Dans ce cadre, il a soumis cette dernière à une expertise psychiatrique, dont le rapport a été rendu le 7 juin 2016 par le Dr K._____, qui a retenu un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive, alors en rémission partielle, ainsi qu'une accentuation de certains traits de la personnalité non décompensés et a considéré que la capacité de travail médico-théorique de l'assurée était, d'un point de vue psychiatrique, nulle jusqu'au 30 juin 2016 et de 100% dès le 1^{er} juillet 2016. Le médecin précité relevait encore qu'en cas de décompensation des traits de la personnalité, une hospitalisation devrait être envisagée et les arrêts maladie prolongés.

L'assurée a subi un nouvel arrêt de travail pour maladie du 13 mars au 30 avril 2017.

En février 2019, dans un contexte de perte d'appétit, de troubles du sommeil, de fatigue, de céphalées de tension et de multiples douleurs de sa patiente en lien avec le déménagement de l'Etablissement médico-social dans lequel elle travaillait, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, l'a mise en arrêt de travail complet à compter du 18 février 2019.

Le 15 mars 2019, R._____ Caisse maladie a décidé de soumettre l'assurée à une évaluation médicale auprès de la Dre

V._____, spécialiste en médecine interne générale avec droits acquis en psychiatrie et psychothérapie.

Cette praticienne a rendu son rapport d'examen le 25 mars 2019, à l'issue duquel elle a conclu que l'assurée ne présentait aucune limitation cognitive ou physique incapacitante mais une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et des traits de personnalité histrionique, diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail qui était ainsi entière au jour de l'évaluation médicale, soit dès le 22 mars 2019, dans toute activité.

Par courrier du 27 mars 2019, R.____Caisse maladie a informé l'assurée qu'elle mettait un terme au versement des indemnités perte de gain maladie à compter du 1^{er} avril 2019, en se fondant sur l'évaluation de la Dre V._____.

Le 2 avril 2019, le Dr G._____ a écrit à R.____Caisse maladie, soulignant qu'il n'était pas du même avis que la Dre V._____ s'agissant de la capacité de travail retenue. En effet, l'état dépressif qui pouvait être déjà qualifié de modéré nécessitait un suivi psychiatrique ainsi qu'une médication somnifère et antidépressive avec une mise à l'écart de l'activité professionnelle pour une durée indéterminée. Le médecin précité a ainsi adressé sa patiente au Centre de thérapie J._____ (Centre de thérapie J._____) de la Fondation T._____, laquelle a été suivie depuis lors par le Dr U._____, alors médecin assistant, et par la psychologue Q._____.

Par décision du 25 avril 2019, R.____Caisse maladie a confirmé qu'aucune prestation en lien avec l'arrêt de travail de l'assurée débuté le 18 février 2019 ne serait allouée à partir du 1^{er} avril 2019, dès lors que le Dr G._____ n'apportait aucun élément médical probant justifiant la prolongation de l'arrêt de travail au-delà du 31 mars 2019.

A la suite de son opposition du 3 mai 2019, l'assurée a été convoquée pour le 22 mai 2019 par R.____Caisse maladie à une

expertise psychiatrique confiée au Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans un rapport du 15 mai 2019 à R.____ Caisse maladie, les médecins du Centre de thérapie J._____ ont retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2). Ils ont précisé que la patiente bénéficiait d'un suivi ambulatoire intensif par une équipe pluridisciplinaire, les rendez-vous ayant été, au départ, quotidiens puis à une fréquence de trois fois par semaine. Ils ont estimé que l'incapacité de travail de l'assurée était totale depuis le début de la prise en charge au Centre de thérapie J._____.

Par courrier du 3 juin 2019 à R.____ Caisse maladie, le Dr B._____ a indiqué ne pas avoir été en mesure de réaliser l'entretien prévu le 24 mai 2019, étant donné que l'assurée n'était visiblement pas à même ou en volonté de répondre d'une manière correcte et adéquate à ses questions et de fournir les informations nécessaires permettant d'évaluer son état psychique d'alors. Il a mentionné que cet état pouvait s'expliquer par une maladie physique (infection urinaire ou rénale) mais aussi par une médication sédatrice très lourde, relevant que selon le rapport du 15 mai 2019 du Centre de thérapie J._____, elle prenait 15 mg de Tranxilium le matin, ce qui paraissait très élevé pour une personne pesant à peine 50 kg selon son impression clinique. Le Dr B._____ a encore indiqué qu'il avait constaté une certaine symptomatologie anxiodépressive chez l'expertisée.

Le 22 juillet 2019, R.____ Caisse maladie a convoqué l'assurée à un nouveau rendez-vous d'expertise le 25 octobre 2019 auprès de la Dre N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Par courrier du 6 août 2019 avec rappel le 6 septembre 2019, l'assurée, sous la plume de son conseil, a requis qu'R.____ Caisse maladie reconsidère sa décision du 25 avril 2019 en reprenant le versement des indemnités journalières avec effet rétroactif au 1^{er} avril 2019, dès lors qu'elle était désormais en possession de rapports de

médecins psychiatres qui confirmaient l'appréciation faite en son temps par le médecin traitant quant à son état de santé et son inaptitude au travail.

Dans un rapport du 5 septembre 2019 au Dr G._____, les médecins du Centre de thérapie J._____ ont indiqué que la patiente avait été suivie auprès de ce Centre du 10 avril au 6 août 2019 et confirmé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Il y est précisé qu'une reprise du travail a eu lieu le 20 mai 2019 mais qu'après trois jours, la patiente a dû se rendre aux urgences à la suite d'une infection urinaire et qu'elle a été remise à l'arrêt à 100%. Les médecins du Centre de thérapie J._____ ont alors décrit une rechute sur le plan psychique, raison pour laquelle l'arrêt de travail a été prolongé à 100%. Le suivi de l'assurée a été repris, dès le 6 août 2019, à la Consultation du Service de psychiatrie et psychothérapie communautaire de la Fondation T._____ par la Dresse M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et par le Dr R._____.

Le 22 novembre 2019, la Dre N._____ a rendu un rapport d'expertise psychiatrique, au terme duquel elle n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail et, comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation (F43.2). Elle a mentionné une capacité de travail de 100% dès le 1^{er} avril 2019, estimant que l'expertisée ne connaissait aucune maladie psychiatrique. Elle a également précisé ce qui suit dans la rubrique « positionnement face aux rapports médicaux adressés » :

« Quant aux autres rapports médicaux issus du Centre de thérapie J._____, la symptomatologie anxiodépressive sévère puis l'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques mentionnés sont en tout cas révélateurs d'une souffrance de l'examinée. Etant donné le changement récent de thérapeute, les arguments des précédents psychiatres n'ont pas pu être pris en considération. Bien que l'observation de ce jour puisse s'accorder de l'existence de cette souffrance, rien ne permet de considérer que celle-ci prend son origine dans une atteinte d'ordre médical. »

Des observations datées du 12 mars 2020 concernant le rapport précité ont été adressées à R. _____ Caisse maladie par le conseil de l'assurée. Il y est notamment relevé l'absence de prise en considération des constats effectués par les médecins du Centre de thérapie J. _____ entre avril et octobre 2019, rendant ce rapport inutilisable, et le fait que la Dre N. _____ a fondé son appréciation uniquement sur ses propres constats, opérés fin octobre 2019, soit après un suivi psychiatrique intensif de plus de sept mois et alors que l'assurée avait déjà recouvré une pleine capacité de travail.

Par courrier du 3 avril 2020, l'assurée, par son conseil, a transmis à R. _____ Caisse maladie un rapport du 31 mars 2020, dans lequel les Drs M. _____ et R. _____ ont confirmé le diagnostic posé par les médecins du Centre de thérapie J. _____ d'épisode dépressif sévère, alors en cours de résolution. Lors de la reprise du suivi, en août 2019, ils ont estimé que la patiente était encore en incapacité de travail totale. Les médecins ont expliqué que la patiente a insisté pour chercher un nouvel emploi, alors qu'ils estimaient, dès le 1^{er} septembre 2019, qu'elle était encore en incapacité de travail à 50% en raison de l'anxiété qui restait présente et invalidante de manière imprévisible, de même que de la persistance de troubles du sommeil et d'une fatigabilité importante. A partir du 1^{er} octobre 2019, la capacité de travail a été considéré comme totale, l'amélioration symptomatologique s'étant poursuivie.

Par décision sur opposition du 9 avril 2010, l'assureur a maintenu sa décision du 25 avril 2019, tendant à l'interruption du versement des indemnités journalières en faveur de l'assurée à compter du 1^{er} avril 2019. Il a en effet estimé que le rapport d'expertise de la Dre N. _____, sur lequel il fondait sa décision, avait pleine valeur probante.

B. Par acte du 18 mai 2020 accompagné d'un bordereau de pièces, l'assurée, sous la plume de son conseil, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit au versement des indemnités journalières du 1^{er} avril au 31

août 2019, puis à 50% du 1^{er} au 30 septembre 2019 et, subsidiairement, à l'annulation de la décision du 9 avril 2020, la cause étant renvoyée à R._____Caisse maladie pour qu'il soit statué au sens des considérants. Elle fait en substance valoir que dès lors que le rapport d'expertise de la Dre N._____ ne prouve absolument pas qu'elle n'aurait pas subi une incapacité de travail totale entre avril et septembre 2019, que les médecins spécialistes attestent, au contraire, une incapacité durant cette période et que leur appréciation, fondée sur un suivi de plusieurs mois par différents médecins d'une institution spécialisée en psychiatrie, ne saurait être réduite à néant par l'avis d'un seul médecin généraliste (la Dre V._____) l'ayant rencontrée durant une heure le 25 mars 2019, la réalité de son incapacité de travail doit être reconnue et lui ouvrir le droit à la perception d'indemnités journalières pour la période incriminée.

Par réponse du 25 juin 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours et s'est référée à la décision sur opposition du 9 avril 2020, tout en précisant que le rapport d'expertise de la Dre N._____ satisfaisait aux requisits légaux et jurisprudentiels en matière de valeur probante et que si l'expertise psychiatrique n'avait pas pu avoir lieu avant novembre 2019, c'était à cause du comportement de la recourante qui avait rendu impossible la mise en œuvre d'une expertise au mois de mai 2019. L'intimée a joint à sa réponse un bordereau de pièces, dans lequel figuraient notamment un courrier du 9 juin 2020 d'R._____Caisse maladie à la Dre N._____, lui demandant de préciser la raison pour laquelle le changement récent de thérapeute empêchait la prise en considération des arguments des précédents psychiatres, ainsi qu'un complément d'expertise du 15 juin 2020 de la Dre N._____, dans lequel elle répondait comme suit à la question posée par R._____Caisse maladie :

« Lorsqu'un patient se rend en consultation psychiatrique, il va formuler un certain nombre de plaintes à son interlocuteur. Ces dernières correspondent en principe au motif de la consultation. Dans la situation de Mme H._____, les rendez-vous ont eu lieu au Centre de thérapie J._____ (sic), Fondation T._____, auprès du Dr U._____ et de Mme Q._____. Leurs rapports, datés des 24 avril, 15 mai, 27 juin et 5 septembre 2019, concluent à un diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques.

Toutefois, pour que les plaintes dont il est fait état puissent être intégrées dans un diagnostic reconnu par les classifications internationales, le psychiatre doit les objectiver par une observation clinique (c'est-à-dire un status). Dans le contexte du suivi qui a été organisé par une psychologue (Madame Q. _____), les rapports qui m'ont été adressés ne font pas la distinction entre les plaintes du status. Ce n'est d'ailleurs pas dans le cahier des charges d'un(e) psychologue.

Ainsi, le lecteur n'a pas les moyens de déterminer si les informations présentes dans ces rapports correspondent à ce que ressent Mme H. _____ ou s'ils reflètent les observations d'un psychiatre.

Etant donné qu'au moment du rendez-vous pour l'expertise, l'intéressée avait récemment changé de thérapeute pour être suivie par le Dr R. _____, alors que ce dernier psychiatre prend position pour une intensité légère des symptômes dépressifs, la question de l'objectivation des plaintes n'a pas pu obtenir de réponse.

En conséquence, dans un contexte où la totalité des experts qui ont examiné l'explorée se sont positionnés pour une exigibilité professionnelle totale, la mention d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique formulée par le Dr U. _____ et Madame Q. _____ n'a pas pu être étayée par des éléments médicaux objectivables. »

Répliquant le 17 septembre 2020, la recourante a notamment relevé que la Dre N. _____ aurait pu contacter le Dr U. _____ et/ou la psychologue Q. _____ pour obtenir un compte-rendu de leurs observations clinique au cours de la période litigieuse si elle l'estimait nécessaire et que, contrairement à ce qu'elle indiquait, les rapports établis par les médecins du Centre de thérapie J. _____ contenaient des constats objectifs. Quant au reproche formulé à l'encontre de la recourante en lien avec son comportement qui aurait induit le retard de la mise en œuvre de l'expertise dont le rapport a été rendu en novembre 2019, elle l'a réfuté en rappelant qu'R. _____ Caisse maladie avait été interpellée à plusieurs reprises sur le fait que la date fixée pour l'entretien était trop lointaine et qu'elle n'avait pas pris en compte les rapports médicaux au dossier établis en cours de traitement.

Par duplique du 2 octobre 2020, l'intimée s'est à nouveau référée à la décision sur opposition du 9 avril 2020 ainsi qu'à sa réponse du 25 juin 2020.

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.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie pour la période du 1^{er} avril au 30 septembre 2019, singulièrement sur le point de savoir si l'intimée était légitimée à mettre un terme au versement de ces prestations avec effet au 1^{er} avril 2019, estimant que la recourante avait recouvré une capacité de travail de 100% à compter de cette date.

3. a) D'après 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 [...]. L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective, notamment par un employeur pour les travailleurs (al. 3 let. a).

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

Aux termes de l'art. 6 LPGGA, 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, LPGGA, 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, pp. 841-842).

c) A teneur du chiffre 16.2 (chapitre V) du Règlement d'R. _____ Caisse maladie de l'assurance indemnités journalières en cas de maladie et maternité (Edition 01.2014), l'intimée alloue l'indemnité journalière en cas d'incapacité de travail à partir de 50 %, proportionnellement au degré de l'incapacité de travail. Selon le chiffre 17 du même Règlement, elle est versée pour une ou plusieurs maladies, durant 720 jours dans une période de 900 jours.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) 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).

5. a) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées) qui requiert un examen global pour établir le caractère invalidant de telles atteintes, en tenant compte de différents indicateurs.

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une

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

d) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

6. a) En l'espèce, l'intimée fonde sa décision sur l'appréciation de l'état de santé de l'assurée qu'a faite la Dre N._____ dans son rapport d'expertise psychiatrique du 22 novembre 2019, ainsi que dans son complément du 15 juin 2020. Celle-ci considère que la recourante disposait d'une capacité de travail totale dès le 1^{er} avril 2019.

La recourante conteste, pour sa part, la valeur probante de l'expertise réalisée par la Dre N._____ et soutient que sa capacité de travail était nulle du 1^{er} avril au 31 août 2019 et de 50% du 1^{er} au 30 septembre 2019, en s'appuyant sur les avis des médecins du Centre de thérapie J._____, du Dr R._____ ainsi que de son médecin traitant, le Dr G._____.

b) En l'occurrence, la Dre N._____ a examiné la recourante le 25 octobre 2019, soit postérieurement à la période litigieuse comprise entre le 1^{er} avril et le 30 septembre 2019. Elle a considéré que la capacité de travail de la recourante au moment de l'examen était de 100%, ce qui n'est pas contesté. Elle ne s'est en revanche pas prononcée concernant la capacité de travail de la recourante pour les mois d'avril à septembre 2019, point central du litige, se contentant d'affirmer dans son rapport que compte tenu du changement récent de thérapeute, les arguments des précédents psychiatres n'avaient pas pu être pris en considération. Dans son rapport complémentaire du 15 juin 2020, la Dre N._____ relève que pour que les plaintes dont il est fait état soient intégrées dans un diagnostic reconnu par les classifications internationales, le psychiatre doit les objectiver par une observation clinique (soit un status). Elle considère à cet égard que les rapports qui lui ont été adressés dans le cadre du suivi organisé par la psychologue Q._____ ne font pas la distinction entre les plaintes et le status. On relèvera à cet égard que dans l'anamnèse médicale (cf. p. 3 du rapport d'expertise), la Dre N._____ ne mentionne, en ce qui concerne les rapports du Centre de thérapie J._____, que les plaintes de la recourante alors que leurs rapports contiennent à la fois un status et des observations cliniques objectives. En effet, dans le rapport du 15 mai 2019, les médecins du Centre de thérapie J._____ indiquent bien que la patiente « présente une symptomatologie caractérisée par un net abaissement de l'humeur associé à des pleurs fréquents ainsi qu'un ralentissement psychomoteur majeur avec perte d'intérêt, de plaisir et de motivation » ainsi que « des troubles de la concentration et de l'attention ». Ils enchaînent ensuite leur propos en mentionnant que la patiente « décrit » et « fait part », distinguant ainsi clairement les

observations cliniques des plaintes. Il en va de même du rapport du 5 septembre 2019 des médecins du Centre de thérapie J._____ qui contient une rubrique « status », dans laquelle ils font part de leurs observations (« nous observons un ralentissement psychomoteur », « nous constatons, par moments, une certaine confusion »...) On peine dès lors à comprendre la motivation de la Dre N._____ pour contester les conclusions prises par les médecins du Centre de thérapie J._____, tant lorsqu'elle indique qu'étant donné le changement récent de thérapeute, les arguments des précédents psychiatres n'ont pas pu être pris en considération que lorsqu'elle constate à tort que ceux-ci n'ont posé leur diagnostic que sur la base des plaintes de l'assurée. Dans son rapport d'expertise, la Dre N._____ précise également qu'en ce qui concerne l'exigibilité professionnelle, celle-ci est, au jour de l'examen, totale dans toute activité et que dans un contexte d'amélioration, le fait que l'expertisée ait refusé de retracer son anamnèse comme de faire état d'éventuelles souffrances qui auraient pu survenir durant les mois qui ont précédé, il n'a pas été possible d'attester un éventuel état antérieur maladif qui aurait pu justifier médicalement la prolongation d'une incapacité de travail après la suspension du versement des prestations pour perte de gain au 30 mars 2019. Or l'experte disposait pour son évaluation de rapports des médecins du Centre de thérapie J._____ faisant état de constats et d'observations symptomatologiques qu'elle ne discute pas. Elle ne motive pas non plus son appréciation selon laquelle « rien ne permet de considérer que [cette souffrance] prend son origine dans une atteinte d'ordre médical » et ne dit pas en quoi les constats des médecins du Centre de thérapie J._____ et leur diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques ne pourrait être confirmé. Son rapport se révèle ainsi lacunaire en ce qui concerne la période litigieuse.

c) A cela s'ajoute le fait que les conclusions de la Dre N._____ sont en totale contradiction avec l'appréciation de tous les autres médecins qui ont suivi la recourante durant la période litigieuse.

En effet, tout d'abord le Dr G._____, qui certes sans poser de diagnostic clair, mentionnait une importante perturbation chez sa patiente

avec des anxiétés et une tristesse associées à des troubles du sommeil, raison pour laquelle il lui avait prescrit un antidépresseur. Il précisait que l'évolution restait défavorable, attestait une incapacité de travail à 100% durant le mois d'avril 2019 et s'adressait au Centre de thérapie J. _____ pour que sa patiente bénéficie d'un suivi psychiatrique (cf. rapport du 2 avril 2019).

Les médecins du Centre de thérapie J. _____, pour leur part, ont retenu un diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2) dans leur rapport du 15 mai 2019, précisant que la patiente présentait une symptomatologie caractérisée par un net abaissement de l'humeur associé à des pleurs fréquents ainsi qu'un ralentissement psychomoteur majeur avec perte d'intérêt, de plaisir et de motivation. Apparaissaient également des troubles de la concentration et de l'attention. La patiente présentait également une perte d'espoir concernant l'avenir et décrivait la présence fluctuante d'idées suicidaires, d'une perte d'élan vital, d'une fatigabilité accrue, d'angoisses omniprésentes, de troubles du sommeil majeurs ainsi que d'une diminution de l'appétit. Les médecins du Centre de thérapie J. _____ ont ainsi conclu à une incapacité de travail totale, rejoignant ainsi l'avis du Dr G. _____.

Le Dr B. _____, mandaté par R. _____ Caisse maladie pour procéder à une expertise le 24 mai 2019, n'a certes pas été en mesure de la réaliser mais a tout de même relevé, dans son courrier du 3 juin 2019, que la recourante présentait « une certaine symptomatologie anxiodépressive » et qu'elle prenait une lourde médication sédative (Tranxilium).

Les Drs M. _____ et R. _____, qui ont repris le suivi de la recourante dès août 2019, ont relevé que la recourante restait fragile sur le plan thymique et présentait des troubles de la concentration, une fatigabilité, un sentiment d'être rapidement dépassée par les tâches administratives ainsi qu'une faible tolérance aux facteurs de stress. Ils ont ainsi confirmé le diagnostic d'épisode dépressif majeur en cours de

résolution, précisant qu'ils n'avaient aucun argument pour remettre en doute le diagnostic posé par les médecins du Centre de thérapie J._____. Les médecins précités ont clairement expliqué l'évolution de la symptomatologie de la recourante entre août et octobre 2019 et ont conclu à une incapacité de travail totale jusqu'au 31 août 2019 puis de 50% durant le mois de septembre 2019 (cf. rapport du 31 mars 2020).

Malgré ces divergences d'appréciation, l'intimée a fondé sa décision exclusivement sur le rapport d'expertise du 22 novembre 2019 de la Dre N._____ qui est, comme on l'a vu, critiquable à plusieurs égards et auquel on ne saurait donc conférer une pleine valeur probante.

Vu ce qui précède, l'intimée ne pouvait mettre un terme aux prestations d'assurance en se fondant sur cette seule appréciation.

d) Compte tenu du fait que l'instruction menée par l'intimée ne permet pas de se prononcer en toute connaissance de cause, il se justifie de lui renvoyer la cause, dans la mesure où il lui 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 de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique conforme aux exigences de l'art. 44 LPGA qui devra se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée pour la période allant du 1^{er} avril au 30 septembre 2019. Il appartiendra ensuite à l'intimée de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

7. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 4 al. 3 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 55 LPA-VD), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 9 avril 2020 par R. _____ Caisse maladie est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III. Il n'est pas perçu des frais judiciaires.
- IV. R. _____ Caisse maladie versera à H. _____ un montant de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Tiphonie Chappuis (pour H. _____),
- Me Jean-Michel Duc (pour R. _____ Caisse maladie),
- Office fédéral de la santé publique,

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 :