

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 juin 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Feusi et M. Küng, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

D._____, à M._____, recourante, représentée par Me Yero Diagne,
avocat à Lausanne,

et

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, à Martigny, intimée.

E n f a i t :

A. D._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1979, travaillait depuis le 1^{er} avril 2014 en tant qu'aide-soignante pour le compte de la Résidence B._____, devenue la Résidence Q._____ par fusion. A ce titre, elle a été assurée pour la perte de gain en cas de maladie en vertu d'un contrat d'assurance collective conclu par son employeur avec Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après : Mutuel ou l'intimée), lequel prévoyait en cas de maladie une durée de prestations de 730 jours dans une période de 900 jours, avec versement de 90 % du salaire à l'issue d'un délai d'attente de 14 jours.

Le 9 novembre 2018, l'employeur a informé Mutuel que l'assurée était en arrêt de travail depuis le 26 octobre 2018.

Un inspecteur de sinistre de Mutuel s'est rendu au domicile de l'assurée le 19 décembre 2018. Selon le rapport de visite, elle a expliqué qu'elle souffrait de troubles lombaires et que l'incapacité de travail était attestée jusqu'au 23 décembre 2018 avec une probable prolongation jusqu'au mois de janvier 2019.

Dans un rapport du 18 janvier 2019, la Dre X._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de hernie discale L5-S1 avec compression de la racine S1 droite et de discopathie dégénérative L3-L4 et L4-L5. Elle a relevé que sa patiente était très algique et que, compte tenu du caractère incapacitant des douleurs, elle présentait une incapacité de travail de 80 % du 7 au 31 janvier 2019.

A la demande de Mutuel, la Dre X._____ a établi un nouveau rapport en date du 26 mars 2019. Elle y posait les diagnostics incapacitants de hernie discale L5-S1, de discopathie dégénérative L3-L4 et L4-L5 et d'état anxiodépressif. Elle a estimé que l'incapacité de travail était totale du 7 janvier au 30 avril 2019 sans interruption.

Sur les conseils de Mutuel, l'assurée a déposé, en date du 3 avril 2019, une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI).

Le 16 avril 2019, l'assurée a subi une intervention chirurgicale consistant en une hémilaminectomie L5-S1 droite avec décompression de la racine S1 droite et microséquestrectomie.

Dans un rapport du 28 juin 2019, la Dre X. _____ a posé les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de hernie discale L5-S1 refoulant la racine S1 droite, de radiculopathie algique non déficitaire, de décompression chirurgicale de la racine S1 le 16 avril 2019 et d'état anxiodépressif. Elle a fait état de douleurs persistantes après l'opération et retenu les limitations fonctionnelles suivantes : limitation du périmètre de marche, impossibilité de porter ou de pousser des poids supérieurs à 5 kg et impossibilité de rester dans la même position plus de 30 minutes. L'incapacité de travail était entière et ininterrompue du 1^{er} mars au 30 juin 2019.

Le 29 juillet 2019, le médecin-conseil de Mutuel a estimé qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise orthopédique. Par courrier du 9 septembre 2019, Mutuel a informé l'assurée du fait que l'expertise serait effectuée le 4 novembre 2019 par le Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et lui impartissant un délai de dix jours pour communiquer ses éventuelles remarques sur le choix de l'expert et sur les questions posées. Une copie du courrier précité a été adressée à la Dre X. _____.

Le Dr Z. _____ a examiné l'assurée le 4 novembre 2019. Dans son rapport daté du 11 octobre [recte : novembre] 2019, il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies non déficitaires à droite (status après hémilaminectomie L5-S1 à droite avec décompression de la racine S1 droite et micro-séquestrectomie pour hernie discale L5-S1 le 16 avril 2019) et de cervico-brachialgies à droite

non déficitaires (discopathies cervicales pluri-étagées ; IRM du 14 octobre 2019). Selon l'expert, l'activité d'aide-soignante n'était plus exigible car elle ne respectait pas les limitations fonctionnelles dues à l'état de la colonne lombaire et des cervico-brachialgies. En effet, ce métier impliquait le soulèvement de charges lourdes et le fait de travailler penché en avant ou en porte-à-faux. En revanche, la capacité de travail était complète dans une profession adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : activité sédentaire ou semi-sédentaire pouvant alterner la position debout avec la position assise, pas de travaux penché en avant ou en porte-à-faux, pas de port de charges supérieures à 15 kg respectivement pas de soulèvement de charges avec le membre supérieur droit excédant 10 kg et pas de mouvements répétés de l'épaule droite surtout au-delà de l'horizontale.

Le 2 décembre 2019, le médecin-conseil de Mutuel a indiqué que l'expertise lui apparaissait pertinente et convaincante. Il en a conclu qu'une reprise du travail était exigible à « 100 % de suite dans une profession adaptée ».

Par décision du 12 décembre 2019, Mutuel a fait savoir à l'assurée qu'elle était médicalement reconnue capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à son état de santé. Une indemnité journalière de transition lui était dès lors accordée jusqu'au 31 mars 2020, ceci dans la mesure où une reprise de travail n'était pas intervenue entre-temps.

Après avoir déclaré, le 7 janvier 2020, qu'elle s'opposait à cette décision, l'assurée, désormais représentée par Me Yero Diagne, avocat, a motivé son opposition par courrier du 27 février 2020. En substance, elle a fait valoir qu'elle se trouvait toujours - sans doute encore pour plusieurs mois - en incapacité totale de travail tant dans son ancienne activité que dans une profession adaptée, en raison de ses atteintes rhumatologiques mais aussi psychiques.

Sous l'angle rhumatologique, l'assurée s'est référée à une attestation du 13 février 2020 de la Dre X. _____ dans laquelle elle avait mis en évidence de nombreuses limitations fonctionnelles qui ne permettaient pas, en l'état, d'envisager la reprise d'une activité dite adaptée. Selon un certificat médical établi à l'intention de l'office AI le 20 décembre 2019 par la médecin prénommée, elle présentait toujours une incapacité de travail de 100 % dans son ancienne activité comme dans toute autre, la Dre X. _____ précisant que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée devait être réévaluée en fonction de l'évolution. Elle indiquait encore dans ce document que l'on pouvait certes s'attendre à une amélioration de la capacité de travail dans une nouvelle activité, sans toutefois pouvoir indiquer de date à ce stade puisque cela dépendait de l'évolution de l'état de santé. Un rapport du 16 janvier 2020 du Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale, montrait toutefois que la symptomatologie douloureuse, s'agissant du diagnostic de cervico-dorsalgies chroniques communes, ne s'était pas foncièrement améliorée. L'assurée a également produit un rapport d'E. _____ du 1^{er} octobre 2019 rendant compte du résultat des mesures professionnelles mises en œuvre par l'office AI. En guise de conclusion, les auteurs de ce rapport mentionnaient qu'en dépit de la volonté exprimée par l'assurée de reprendre une activité professionnelle et la motivation manifestée à participer à la mesure projetée, son état de santé ne lui permettait pas d'envisager un passage en phase 2, à savoir une réorientation professionnelle en tant qu'assistante médicale ou dans le domaine de l'horlogerie conformément aux souhaits de l'intéressée. A cela s'ajoutait qu'elle avait consulté un spécialiste en vue d'une éventuelle intervention chirurgicale à l'épaule. L'assurée s'est encore prévalue de certificats médicaux émis respectivement les 19 et 20 décembre 2019 par les Drs R. _____ et S. _____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lesquels faisaient état d'une incapacité de travail persistante. De plus, son état de santé nécessitait des examens complémentaires à l'Hôpital N. _____. En conséquence, l'assurée estimait que les conclusions du Dr Z. _____ s'agissant de l'exigibilité actuelle ou dans un futur proche dans une activité adaptée devaient, sinon être niées, à tout le moins nuancées.

Sous l'angle psychique, l'assurée a indiqué que, dans son attestation du 13 février 2020, la Dre X._____ évoquait un épisode dépressif intense. De plus, elle faisait l'objet, depuis le début de l'année 2019, d'un suivi psychothérapeutique « en rapport à une problématique primaire de trouble douloureux d'origine somatique » auprès de K._____, psychologue FSP (attestation du 20 février 2020).

Au vu de ces éléments, l'assurée a sollicité, à titre de mesures d'instruction, « la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (volet rhumatologique et psychiatrique), ou à tout le moins un complément d'expertise sur ces éléments, afin de lever les contradictions mises en évidence entre les conclusions du Dr Z._____ et celles des autres médecins (ainsi que le résultat négatif concret de la mesure d'insertion mise en place par l'AI) à propos de l'exigibilité ou non d'une activité dite adaptée - et si oui laquelle compte tenu des nombreuses limitations - de Mme D._____, actuellement et dans un proche avenir ». Sur le fond, elle a conclu au versement d'indemnités journalières au-delà du 31 mars 2020.

Le 9 avril 2020, l'assurée a transmis à Mutuel une attestation du 6 avril 2020 de la Dre X._____ dans laquelle elle expliquait l'effet sur la capacité de travail des diagnostics retenus. Outre divers diagnostics somatiques (hernie discale L5-S1 refoulant la racine S1 droite, discopathie dégénérative L3-L4 et L4-L5, canal cervical étroit d'origine constitutionnelle, déchirure du tendon du sus-épineux), elle faisait état d'un épisode dépressif intense (score de 12 points à l'échelle HAD alors que la norme était située entre 0 et 7). Des explications de la Dre X._____, il ressortait qu'aucune activité de substitution n'était à ce jour exigible de la part de l'assurée.

Dans un rapport complémentaire du 23 avril 2020, le Dr Z._____ a indiqué que les rapports de la Dre X._____ et celui du Dr J._____ du 16 janvier 2020 ne contenaient pas d'éléments de nature à modifier son point de vue. D'après lui, pour autant que la profession habituelle de l'assurée fût adaptée à ses limitations fonctionnelles,

l'incapacité de travail était essentiellement due à l'appréciation subjective des douleurs. L'intensité des douleurs et leur répercussion sociale, personnelle et professionnelle, étaient en relation avec la personnalité de l'assurée. Il ne pouvait dès lors pas justifier une quelconque incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

Le 7 mai 2020, l'assurée a transmis à Mutuel une décision rendue le 28 avril 2020 aux termes de laquelle le Service de l'emploi l'avait déclarée inapte au placement à compter du 1^{er} avril 2020, motif pris d'une incapacité totale de travail perdurant depuis le 15 octobre 2018, sans date de reprise annoncée à ce jour. Elle déclarait dès lors confirmer les conclusions prises dans son écriture du 27 février précédent.

A la demande de son médecin-conseil (procès-verbal du 11 mai 2020), Mutuel a mis en œuvre une expertise psychiatrique dont elle a confié la réalisation au Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 26 juin 2020, il a exclu tout diagnostic incapacitant tandis que – sans répercussion sur la capacité de travail – il a retenu les diagnostics de trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive brève (F 43.20) et de possible syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), un diagnostic de haute vraisemblance ne pouvant être posé qu'après une évaluation somatique. Il a dès lors estimé que la capacité de travail était entière, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Après avoir analysé l'expertise du Dr F._____, le médecin-conseil de Mutuel a déclaré faire sienne son appréciation (procès-verbal du 13 juillet 2020).

Dans ses déterminations du 31 août 2020, l'assurée a relevé que si l'expert psychiatre n'avait certes pas mis en évidence de diagnostic psychiatrique ayant des répercussions sur sa capacité de travail, il avait souligné que sur le plan rhumatologique et des douleurs, elle était considérablement limitée avec une évolution qui n'était pas favorable. Il rejoignait ainsi les considérations de la Dre X._____ qui avait, quant à

elle, toujours attesté jusqu'à ce jour une incapacité totale de travail. S'agissant du complément d'expertise orthopédique du 23 avril 2020 du Dr Z._____, elle s'est prévalue des rapports établis les 9 mai et 5 août 2020 respectivement par les Drs V._____, spécialiste en neurologie, et C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, d'après lesquels il existait une aggravation des douleurs à l'épaule. Il convenait donc de relativiser l'appréciation du Dr Z._____, en ce sens qu'aucune activité de substitution ou dite adaptée, telle qu'évoquée par ce dernier dans son expertise (secrétaire médicale ou réceptionniste), n'était envisageable pour l'instant. Outre que, selon les certificats médicaux produits, elle était toujours en incapacité totale de travail, l'assurée a rappelé que la tentative de réadaptation mise en œuvre par l'office AI auprès d'E._____ avait échoué malgré toute sa bonne volonté.

Sollicité pour détermination, le médecin-conseil de Mutuel a estimé que les pièces médicales produites par l'assurée à l'appui de son courrier du 31 août 2020 ne contenaient aucun élément médical objectif justifiant une incapacité de travail dans une activité adaptée (procès-verbal du 22 septembre 2020).

Par décision sur opposition du 12 octobre 2020, Mutuel a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé sa décision du 12 décembre 2019, motif pris que, tant du point de vue somatique que psychiatrique, elle disposait d'une pleine capacité de travail dans une profession adaptée.

B. Par acte du 9 novembre 2020, D._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition précitée en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que Mutuel « est condamnée à poursuivre le versement des indemnités journalières en sa faveur au-delà du 31 mars 2020 » et, à titre subsidiaire, à l'annulation de dite décision et au renvoi de la cause à Mutuel pour nouvelle décision au sens des considérants. En substance, l'assurée s'est prévalue, d'une part,

d'une constatation inexacte et incomplète des faits pertinents, en ce sens que l'appréciation du Dr Z._____ était contredite par divers éléments médicaux au dossier, dont les certificats de la Dre X._____, ainsi que par l'échec de la mesure de réinsertion professionnelle mise en œuvre par l'office AI et, d'autre part, d'une violation du droit en ce sens que c'était à tort que, au regard des arguments avancés précédemment, Mutuel lui imputait une capacité de travail exigible. Au surplus, tant son médecin-conseil que la Dre X._____ étaient d'avis qu'elle devait bénéficier d'un soutien afin de retrouver une activité professionnelle respectant ses limitations fonctionnelles. A cela s'ajoutait que l'assurance-chômage l'avait considérée inapte au placement. En incapacité de travail complète dans toute activité, elle estimait dès lors qu'elle avait droit à la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 31 mars 2020. A titre de mesure d'instruction, elle a sollicité la suspension de la cause jusqu'à la prise de connaissance du résultat de l'expertise bi-disciplinaire ordonnée par l'office AI auprès du Bureau d'expertises P._____ à G._____.

Par détermination du 25 novembre 2020, Mutuel a conclu au rejet de la requête de suspension de la cause.

Afin de pouvoir statuer sur la requête de suspension, la magistrate instructrice a, le 27 novembre 2020, requis de l'office AI la production de son dossier.

Le 30 novembre 2020, l'assurée a déclaré persister dans sa requête tendant à la suspension de la cause.

Le 4 décembre 2020, l'office AI a déposé son dossier.

Par ordonnance du 28 décembre 2020, la magistrate instructrice a suspendu la cause divisant D._____ d'avec Mutuel Assurance Maladie SA jusqu'au dépôt du rapport d'expertise bi-disciplinaire des Drs W._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et A._____, spécialiste en psychiatrie et

psychothérapie, à intervenir dans le cadre de la procédure pendante devant l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le 21 juin 2021, l'assurée a transmis le rapport d'expertise établi par le Bureau d'expertises P._____ le 28 décembre 2020. Excluant tout diagnostic au plan psychique, les experts ont retenu, au plan somatique, les diagnostics incapacitants suivants :

- un syndrome douloureux chronique de l'épaule droite sur déchirure du sus-épineux, arthrose acromio-claviculaire, bursite sous-acromiale et suspicion de discrète capsulite rétractile (M 75.1) ;
- un syndrome lombaire non déficitaire sur status après hémilaminectomie L5-S1 droite avec décompression de la racine S1 droite et microséquestrectomie pour HD L5-S1, le 7 mai 2019 (M 51.2) ;
- un syndrome cervical non déficitaire sur canal cervical étroit d'origine constitutionnelle avec de discrets débords disco-ostéophytiques circonférentiels associés à un discret rétrécissement pré-foraminal droit aux étages C3-C4 et C4-C5 (M 51.3).

S'agissant de la capacité de travail, les experts ont estimé que, en l'absence de psychopathologie incapacitante, dite capacité était entière, sur le plan psychique, aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Sur le plan somatique, les experts ont retenu que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 1^{er} février 2019 en raison d'un problème vertébral et de l'épaule droite, En revanche, dite capacité était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port fréquent de charges supérieures à 5 kg, pas de travail fréquent en-dessus de l'horizontale, pas de station debout, assise ou accroupie prolongées.

L'assurée a également communiqué les pièces suivantes :

- une copie de la décision du 21 mai 2021, par laquelle l'office AI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} octobre 2019 au 29 février 2020. Sur la base de

l'expertise orthopédique du Dr Z._____, il a retenu que, dès le 4 novembre 2019 (date de l'examen clinique pratiqué par l'expert), elle disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles. Cela étant constaté, il a procédé au calcul du degré d'invalidité et la comparaison des revenus avec et sans invalidité conduisait à un taux d'invalidité de 16,70 %, insuffisant pour le maintien du versement de la rente, celui-ci ayant dès lors pris fin au 29 février 2020, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé ;

- une attestation médicale de la Dre X._____ du 6 avril 2021, reprenant mot pour mot le contenu de l'attestation établie le 6 avril 2020 hormis l'ajout de deux paragraphes concernant l'évolution de l'état de santé et l'inexigibilité de quelque activité professionnelle que ce soit ;
- des certificats d'arrêt de travail établis par la Dre X._____ pour la période du 26 janvier au 31 mai 2021.

Au vu de ces pièces, l'assurée déclarait confirmer, à titre principal, sa conclusion tendant à la poursuite du versement des indemnités journalières pleines en sa faveur au-delà du 31 mars 2020. Subsidiairement, vu le rapport d'expertise du Bureau d'expertises P._____ du 28 décembre 2020 et la décision de l'office AI du 21 mai 2021 lui reconnaissant un degré d'invalidité de 16,7 %, elle demandait la poursuite du versement des indemnités journalières calculées à tout le moins sur cette perte de gain reconnue par l'assurance-invalidité (16,7 %).

Dans sa réponse du 20 août 2021, Mutuel a souligné que, tant le rapport d'expertise du Dr Z._____ du 11 novembre 2019 que le volet rhumatologique de l'expertise réalisée auprès du Bureau d'expertises P._____ (Dr W._____) concluaient à une capacité de travail nulle dans l'activité d'aide-soignante depuis le 1^{er} février 2019. En revanche, ces experts s'accordaient sur le fait que l'intéressée bénéficiait d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée. S'agissant des

rapports établis par la Dre X._____, elle a relevé qu'il était particulièrement contradictoire qu'elle retînt encore un épisode dépressif intense alors que les Drs F._____, et A._____ n'avaient retenu aucune pathologie psychiatrique incapacitante. Aussi, les rapports de la Dre X._____ ne permettaient-ils pas de remettre en cause la valeur probante des expertises mises en œuvre aussi bien par Mutuel (Drs Z._____ et F._____) que par l'office AI (Bureau d'expertises P._____). Il fallait dès lors admettre que l'assurée disposait d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que, partant, c'était à juste titre qu'elle avait mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mars 2020. En conséquence, elle a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 13 octobre 2021, l'assurée a produit de nouveaux certificats d'arrêt de travail établis par la Dre X._____ pour la période du 1^{er} juin au 12 novembre 2021. Elle a également déposé deux courriers datés des 25 août et 2 septembre 2021 faisant état d'une rééducation intensive réalisée à l'Hôpital N._____ entre les mois de septembre et octobre 2021. Selon l'assurée, ces documents montraient bien le caractère incapacitant de ses douleurs et l'inexigibilité d'une activité de substitution. De surcroît, la rééducation en question avait dû être interrompue au vu des douleurs ressenties, lesquelles étaient incompatibles avec ce type de prise en charge. Elle a pour le surplus confirmé les conclusions de son écriture du 21 juin 2021.

Dupliquant en date du 4 novembre 2021, Mutuel s'est référée aux réponses fournies par la Dre X._____ dans son rapport du 20 décembre 2019 à l'intention de l'office AI pour affirmer que l'assurée ne pouvait pas en déduire l'existence d'une incapacité de travail. Pour le reste, elle a relevé que les pièces transmises à l'appui de la réplique concernaient des faits postérieurs à la décision sur opposition attaquée, si bien qu'il n'y avait pas lieu d'en tenir compte. Au demeurant, ils ne mettaient pas en exergue une détérioration de l'état de santé antérieurement à celle-ci. Dans le même sens, si la Cour de céans devait, par impossible, admettre une incapacité de travail au-delà du 31 mars 2020, il convenait de constater que l'assurée avait épuisé son droit aux

indemnités journalières en date du 31 octobre 2020. Dès lors, tous les événements postérieurs à cette date ne devraient pas être jugés comme pertinents pour le présent litige, de telle sorte qu'ils devaient être écartés. En conséquence, Mutuel a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

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. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie selon les art. 67 ss LAMal au-delà du 31 mars 2020, singulièrement sur la capacité de réintégration dès le 4 novembre 2019 (date de l'examen clinique par le Dr Z._____) d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

b) Le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

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 d'indemnités journalières avec un assureur.

L'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal est une assurance de perte de gain (TF 9C_332/2007 du 29 mai 2008 consid. 1.1 ; TFA K 65/99 du 17 février 2000 consid. 3d, RAMA 2000 n° KV 116 p. 145 ; K 33/98 du 17 juillet 1998 consid. 2, RAMA 1998 n° KV 43 p. 420). Le droit à une indemnité journalière est donc subordonné à ce que l'ayant droit subisse une perte de salaire ou de gain effective en raison d'une atteinte à la santé due à une maladie (TFA K 56/05 du 31 août 2006 consid. 3.3 ; K 74/02 du 16 avril 2004 consid. 2.1, RAMA 2004 n° KV 284 p. 236 ; K 129/00 du 20 juin 2001 consid. 2b, non publié aux ATF 127 V 154).

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 (première phrase).

Selon la jurisprudence, le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage ; ATF 129 V 460 consid. 4.2 ; 114 V 281 consid. 1d). Ce principe a été codifié à l'art. 6, deuxième phrase, LPGA, qui prévoit qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité raisonnablement exigible peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 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).

Dans l'hypothèse où un assuré, en vertu de son obligation de diminuer le dommage, doit s'astreindre à changer de profession, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat – pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'à présent est due – pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi (cf. art. 21 al. 4 LPGA). Dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (TF 9C_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.4 et les références).

c) La loi ne définit pas la notion de « longue durée » que doit revêtir l'incapacité de travail pour qu'un changement de profession ou d'activité puisse entrer en considération. Selon les travaux préparatoires, cette notion doit se comprendre comme voulant dire « en règle générale plus de six mois ». Pour interpréter cette notion, il convient toutefois, plutôt que de fixer une durée déterminée, de distinguer la situation selon qu'il apparaît ou non hautement probable que la personne assurée recouvrira sa capacité de travail dans la profession ou l'activité habituelle. Une incapacité de travail de longue durée ne saurait être retenue tant et aussi longtemps qu'il est possible d'émettre le pronostic, au regard des données médicales au dossier, que la personne assurée reprendra son activité antérieure, selon la vraisemblance prépondérante, de manière à mettre fin au droit aux prestations de l'assurance sociale (indemnités journalières ou rente). Dans de telles circonstances, il n'existe pas de limite temporelle absolue pour la reconnaissance de l'incapacité de travail dans la profession habituelle. La situation est en revanche différente dès qu'il apparaît clairement, toujours en fonction des constatations médicales à disposition, que la personne assurée ne sera plus en mesure de récupérer sa capacité de travail dans la profession habituelle. Dès ce moment, et à condition que l'intéressé soit en mesure du point de vue médical de se réinsérer sur le plan professionnel, l'incapacité de travail

déterminante pour le droit aux prestations doit être évaluée en fonction d'une autre activité lucrative exigible (Margit Moser-Szeless, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 34 à 36 ad art. 6 et les références).

d) Le contrat d'assurance indemnité journalière conclu entre la Résidence Q._____ et Mutuel Assurance Maladie SA (n° 0079 - UN) prévoit, en cas de maladie, des prestations durant 730 jours dans une période de 900 jours, avec versement de 90 % du salaire, et un délai d'attente de 14 jours. L'art. 7 des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal (BEGM02-F11, Edition 1^{er} janvier 2011) dispose notamment que l'indemnité journalière est versée pour une ou plusieurs incapacités durant 730 jours dans une période de 900 jours (al. 1), les délais d'attente à charge de l'employeur étant imputés sur la durée du droit aux prestations (al. 2). L'art. 13 prévoit que l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25 %. Quant à l'art. 11 al. 2 des conditions générales précitées, il dispose que la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré :

- a. lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des assurés ;
- b. à la résiliation du contrat ;
- c. dès l'interruption de travail volontaire ne donnant pas droit à un salaire ;
- d. au décès de l'assuré ;
- e. à l'épuisement du droit aux prestations ;
- f. à la fin du mois durant lequel l'assuré atteint l'âge de 65 ans ou prend sa retraite anticipée.

[suivent des cas de figure concernant des situations non pertinentes en l'espèce]

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 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 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

5. a) Dans sa décision sur opposition, l'intimée, se fondant sur les expertises des Drs Z._____ et F._____ ainsi que sur les prises de position de son médecin-conseil, considère que la recourante a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans son recours, la recourante se prévaut notamment de l'existence de douleurs incapacitantes en toutes activités, des rapports de sa médecin traitant, la Dre X._____, attestant d'une totale incapacité de travail, du rapport d'E._____, du 1^{er} octobre 2019 relatif à la mesure de réinsertion professionnelle mise en œuvre par l'office AI et retenant que son état n'était pas stabilisé, du constat par les organes de l'assurance-chômage de son inaptitude au placement (cf. décision du 28 avril 2020) et enfin de la nécessité d'un soutien à l'intégration d'une activité adaptée.

Le rapport d'expertise bi-disciplinaire du Bureau d'expertises P._____, du 28 décembre 2020, à l'origine d'une suspension de cause, vient confirmer la position de l'intimée.

b) Il convient tout d'abord de relever que, à l'exception de la Dre X._____, aucun des auteurs des rapports médicaux au dossier ne se prononce sur la capacité de travail. Tel est le cas du rapport du Dr J._____, du 16 janvier 2020 ainsi que de ceux établis les 9 mai et 5 août 2020 respectivement par les Drs V._____ et C._____. Les rapports de la Dre X._____ ne permettent pas de s'écarter des conclusions concordantes des experts Z._____ et W._____ ; selon eux, alors que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'aide-soignante, elle était en revanche entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites. Les limitations fonctionnelles plus sévères retenues par le Dr W._____ (pas de port fréquent de charges supérieures à 5 kg, pas de travail fréquent en-dessus de l'horizontale, pas de station debout, assise ou accroupie prolongées) ne sont pas déterminantes : en effet, il retient, à l'instar de son confrère Z._____, une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Dans la mesure où la recourante dispose d'une capacité totale de travail sur le marché équilibré de l'emploi et pas uniquement dans un milieu protégé, il convient d'admettre que la nature et l'importance de sa pathologie ne constituent pas des obstacles irrémédiables à la reprise d'un travail sur un marché qui lui offre un éventail suffisamment large d'activités légères dont un nombre significatif est adapté à ses limitations fonctionnelles somatiques et accessibles sans aucune formation particulière. A cet égard, on peut citer

des tâches simples de surveillance, de vérification, de contrôle ou encore des tâches d'approvisionnement de machines ou d'unités de production automatiques ou semi-automatiques. S'agissant en particulier des atteintes physiques, la Dre X._____ n'objective pas l'incapacité de travail de 100 % qu'elle retient ; ainsi, aucun de ses rapports ne contient d'observations cliniques de sa patiente et les limitations plus sévères que celles retenues par le Dr Z._____, mentionnées notamment dans son attestation du 13 février 2020, sont manifestement anamnestiques (la patiente n'arrive pas à porter avec son bras droit plus de 5 kg ; subjectivement, elle se plaint de douleurs handicapantes et d'une fatigue importante ; elle n'arrive pas à porter des objets au-dessus de la tête ; elle est limitée pour exécuter des mouvements répétés avec l'épaule ; elle n'arrive pas à faire une rotation répétée de la tête vers la droite ; elle est capable de rester assise pendant 30 minutes au maximum ; elle doit changer de positions toutes les 30 minutes ; elle arrive à marcher sans charge pendant 60 minutes au maximum ; elle arrive à rester debout pendant 15 minutes au maximum ; elle n'arrive pas à faire des mouvements répétés avec le tronc ni à travailler le tronc plié ou accroupi).

c) Cela étant, les experts somaticiens n'écartent pas l'existence de douleurs au vu des diagnostics posés. Ainsi, le Dr Z._____ a retenu des lombosciatalgies et des cervico-brachialgies (cf. rapport d'expertise du 11 novembre 2019, p. 6) tandis que, de son côté, le Dr W._____, a retenu un syndrome douloureux chronique de l'épaule droite (cf. rapport d'expertise du 28 décembre 2020, p. 14). Néanmoins, le Dr Z._____ estime que l'intensité des douleurs et leur répercussion sociale, personnelle et professionnelle, sont en relation avec la personne de l'assurée (cf. rapport complémentaire d'expertise orthopédique du 23 avril 2020). Sur ce point, le Dr F._____ a émis, avec réserve, un diagnostic de possible syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) tout en renvoyant à la nécessité d'un avis médical bi-disciplinaire pour le confirmer (cf. rapport d'expertise du 26 juin 2020, p. 19). De leur côté, les experts du Bureau d'expertises P._____ ont indiqué qu'ils ne retenaient pas de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) en raison de la présence d'un substratum somatique suffisamment explicatif et compte

tenu de l'absence d'un état de détresse (cf. rapport d'expertise du 28 décembre 2020, p. 14). Quant à l'avis du psychologue K._____ retenant ce diagnostic, outre qu'il n'est pas objectivé, on observera qu'il n'émane pas d'un psychiatre (cf. attestation du 20 février 2020).

d) Si le Dr A._____ n'a posé aucun diagnostic psychiatrique (cf. rapport d'expertise du 28 décembre 2020, p. 14), le diagnostic de trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive brève (F 43.20) retenu par le Dr F._____ (cf. rapport du 26 juin 2020, p. 17) est, par définition, de durée limitée, outre qu'en l'occurrence, l'expert F._____ le considère sans influence sur la capacité de travail.

Dans ce contexte, l'existence des atteintes psychiques mentionnées par la Dre X._____, soit un état anxio-dépressif (cf. rapports du 26 mars 2019 et 28 juin 2019 au médecin-conseil de l'intimée), auquel succède le diagnostic d'épisode dépressif « intense » (cf. attestations des 13 février et 6 avril 2020), ne s'avère pas convaincante. Outre que la Dre X._____ n'a pas de spécialisation FMH en psychiatrie, il apparaît, s'agissant de la gravité de l'épisode dépressif, qu'elle se réfère à l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale), laquelle est un test d'auto-évaluation, par définition subjectif. De plus, aucun de ces diagnostics n'est retenu par les experts F._____ et A._____, en particulier par le Dr F._____ qui examine la recourante quelques semaines après que la Dre X._____ fasse mention pour la première fois d'un épisode dépressif « intense ». Selon le constat du Dr F._____, si l'humeur était par moment triste, il n'était toutefois pas possible de parler d'une humeur dépressive à un degré nettement anormal.

Quant au trouble somatoforme douloureux, que le Dr F._____ envisageait comme seulement possible en l'absence d'évaluation somatique, il a été ultérieurement exclu par l'expert psychiatre A._____, dans un contexte d'expertise bi-disciplinaire avec un co-expert spécialiste en médecine interne et rhumatologie. La mention

d'un tel trouble par le psychologue et psychothérapeute K._____ ne suffit en aucun cas à écarter l'avis expertal.

Ainsi, seul le diagnostic de trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive brève est établi *lege artis*. Il n'entraîne pas d'incapacité de travail à dire d'expert de telle sorte que point n'est besoin d'examiner les atteintes psychiques sous l'angle de la jurisprudence fédérale en matière d'évaluation du caractère incapacitant des affections psychiques et troubles assimilés (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). En effet, puisqu'il n'y a en l'occurrence pas d'atteinte psychique durable ou significative attestée par un spécialiste, le recours à la procédure probatoire structurée (grille d'indicateurs) telle que prévue par cette jurisprudence ne se justifie pas.

e) Le rapport d'E._____ du 1^{er} octobre 2019 ne permet pas non plus de s'écarter des expertises, ses auteurs n'ayant pas les compétences médicales nécessaires à l'appréciation de la capacité de travail, seule question déterminante en l'espèce (cf. TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En outre, il n'est pas allégué que l'inaptitude au placement constatée par les organes de l'assurance-chômage (cf. décision du Service de l'emploi du 28 avril 2020) l'aurait été sur la base d'une incapacité de travail attestée par un médecin-conseil de cette assurance. Cela étant, s'il apparaît dans différents documents médicaux (cf. rapport d'expertise du Dr F._____ du 26 juin 2020, p. 23 et procès-verbal du médecin-conseil de Mutuel du 13 juillet 2020 ; cf. aussi rapport d'expertise rhumatologique du Bureau d'expertises P._____ ; [Dr W._____] du 28 décembre 2020, p. 30) que la recourante aura besoin d'un soutien pour retrouver une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, aucun des experts ne remet en question la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles en lien avec la recommandation de soutien ; en particulier, l'existence d'une capacité de travail de 100 % n'est pas subordonnée à ce soutien. Par ailleurs, lorsque, comme en l'espèce, le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif est, à l'évidence, adaptée aux limitations de la recourante et accessible sans aucune

formation particulière, il convient d'admettre qu'il n'existe guère d'obstacles pour celle-ci à l'exercice d'un emploi adapté à son état de santé (cf. TF 9C_236/2012 du 15 février 2013 consid. 3.5 et 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 4.3). A cet égard, il convient encore de relever que les professions de secrétaire médicale et de réceptionniste évoquées par le Dr Z._____ (cf. rapport d'expertise du 11 octobre 2019, p. 7) le sont à titre d'exemples et que l'obligation de réduire le dommage (cf. considérant 3b ci-dessus ; cf. également ATF 133 III 527 consid. 3.2.1 et TF 9C_551/2011 du 10 février 2012 consid. 2.3 et les références citées) entraîne pour conséquence qu'un assuré ne peut faire supporter à l'assurance ses préférences professionnelles. Il y a enfin lieu de relever que la rééducation intensive pratiquée à l'Hôpital N._____ est postérieure à la décision sur opposition litigieuse (cf. courrier de l'Hôpital N._____ du 2 septembre 2021 et considérant 2b ci-dessus). Qui plus est, il ne peut en être inféré une quelconque incapacité de travail, sachant qu'une telle prise en charge avait été préconisée par le Dr S._____ (cf. rapport du 12 décembre 2019) et, en d'autres termes, par le Dr Z._____ (cf. rapport du 11 novembre 2019, p. 8), sans que celui-ci ne subordonne le retour à une capacité de travail de 100 % à cette prise en charge.

f) Sur le vu de l'ensemble des considérations qui précèdent, il ne peut être fait grief à l'intimée d'avoir mis un terme à ses prestations (indemnités journalières) avec effet au 31 mars 2020.

aa) S'agissant de la date de fin du versement des indemnités journalières, le délai au 31 mars 2020 est conforme à la jurisprudence dans la mesure où une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée peut être retenue dès la date de l'examen clinique réalisé par le Dr Z._____, soit dès le 4 novembre 2019 (cf. considérant 3b ci-dessus).

bb) Il convient également de préciser que c'est l'incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA qui est déterminante en matière d'indemnités journalières en cas de maladie et non l'incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. En effet, l'art. 72 LAMal fait expressément référence à l'art. 6 LPGA ainsi qu'à la notion d'incapacité de travail et non de gain

(cf. aussi considérants 3b et 3c ci-dessus). Partant, il n'y a pas matière à l'éventuel octroi d'une indemnité journalière partielle (cf. conclusion principale des écritures des 21 juin et 13 octobre 2021).

6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

7. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 12 octobre 2020 par Mutuel Assurance Maladie SA est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Yero Diagne, avocat (pour D. _____),
- Mutuel Assurance Maladie SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :