

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 juin 2017

Composition : M. PIGUET, président
M. Métral, juge, et Mme Silva, assesseuse
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante, représentée par Inclusion Handicap, Me Karim Hichri, avocat, à Lausanne,

et

C. _____ **ASSURANCE**, à [...], intimée.

Art. 6 et 61 let. c LPGA ; art. 67 al. 1 et 72 al. 2 LAMal

E n f a i t :

A. **a)** P. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) exerçait depuis le 12 mars 2012 une activité d'aide-soignante veilleuse pour le compte de la Résidence Q. _____ à [...]. Elle a d'abord travaillé à 80 %, puis son taux a été progressivement réduit pour atteindre 50 % à compter du mois d'août 2014.

Par le biais d'un contrat collectif conclu par son employeur, elle bénéficiait d'une assurance perte de gain maladie auprès de C. _____ Assurance (ci-après : C. _____ Assurance ou l'intimée). Selon l'art. 7 al. 1 des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal valables pour les assurances du R. _____ (éd. 01.01.2011), l'indemnité journalière était versée pour une ou plusieurs incapacités de travail durant 730 jours dans une période de 900 jours.

L'assurée s'est retrouvée en incapacité de travail à 100 % du 5 au 18 janvier 2015, puis à nouveau dès le 30 janvier 2015. Son employeur a annoncé ces incapacités de travail par déclarations des 22 janvier et 13 février 2015.

Dans un rapport médical du 20 mars 2015, le docteur T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mentionné le diagnostic de « burn-out » apparu en novembre 2014, caractérisé par une perte de mémoire à court terme, de la fatigue, des troubles de la concentration ainsi qu'un manque d'empathie et de volonté de rencontrer l'autre. L'assurée ne faisait l'objet d'aucune prescription de médicaments connue du médecin, mais le consultait à raison d'une séance toutes les semaines depuis le mois de février 2015. Une reprise totale du travail était prévue, selon l'estimation du docteur T. _____, pour le mois de septembre 2015 au plus tard.

C._____ Assurance a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique à la Clinique J._____ à [...]. Dans son rapport du 18 mai 2015, la doctoresse Y._____ a conclu à l'absence de diagnostic psychiatrique, en motivant sa position de la manière suivante (pp. 20-21 de l'expertise) :

6. ARGUMENTS POUR N'AVOIR PAS RETENU LE DIAGNOSTIC

Plaintes actuelles spécifiquement en lien avec le chapitre diagnostique étudié et critères diagnostiques

Les plaintes concernent un épuisement physique et psychique, dans un contexte de perturbations du sommeil avec difficultés d'endormissement et réveils nocturnes répétés. L'assurée évoque un sentiment de démoralisation du fait de sa situation, bien qu'elle présente également des moments d'espoir en pensant que son état va s'améliorer.

Argumentaire

Dans le rapport médical LAMal du 20 mars 2015 du Docteur T._____, psychiatrie et psychothérapie, il est retenu un diagnostic de burn-out depuis le mois de novembre 2014, élément motivant l'instauration d'une prise en charge spécialisée dès le mois de février 2015, avec des consultations hebdomadaires auprès d'un psychiatre et d'une psychologue.

A noter que le terme de burn-out ne correspond à aucun diagnostic au sens de l'ICD-10, mais pourrait être rattaché à un diagnostic de trouble de l'adaptation. Cependant, au jour de la présente, les plaintes alléguées par l'intéressée ne rentrent pas dans le cadre d'un diagnostic psychiatrique avéré au sens de l'ICD-10, que ce soit un trouble de l'adaptation ou un épisode dépressif. En effet, il n'est pas retrouvé de trouble de l'adaptation en l'absence du critère A, à savoir un facteur de stress psychosocial identifiable.

Les conditions de travail ne peuvent être considérées comme tel, puisque ces dernières évoluent depuis l'embauche de l'explorée, soit depuis mars 2012. Or, elle mentionne que les perturbations présentées ont débuté en début d'année 2013, avec intensification et péjoration à la fin de l'année 2014. De l'avis de l'experte, il est possible que l'investiguée cache des éléments informatifs permettant de mieux rendre compte de sa situation, puisqu'elle insiste à plusieurs reprises sur le fait que les éléments discutés doivent rester confidentiels ce à quoi il lui a été répondu, comme précisé précédemment, que les informations divulguée[s] ne seront pas transmises à l'employeur. Elle refuse par ailleurs de discuter de certains éléments, notamment en ce qui concerne la sphère personnelle, et il n'est pas impossible que ce domaine de la vie ait joué un rôle dans les difficultés psychiques rapportées. Dès lors, en l'absence d'éléments probants, seul un possible diagnostic de trouble de l'adaptation peut être évoqué, sans toutefois emporter la totale adhésion de l'experte.

De plus, aucun diagnostic de la lignée d'un épisode dépressif n'est retenu, puisque l'analyse des critères majeurs et mineurs ne permet pas de retenir au moins deux critères majeurs permettant d'évoquer au minimum un épisode dépressif léger (F32.0). En effet, il n'est pas retenu de tristesse endogène mais plutôt un sentiment de lassitude vis-à-vis de son activité professionnelle, ainsi que de sa situation actuelle. Par ailleurs, un rétrécissement de sa vie sociale est relaté depuis plusieurs mois déjà, l'examinée évoquant avoir progressivement mis de la distance physique avec ses amis, puisqu'elle ne les inviterait plus chez elle et qu'elle aurait refusé leurs invitations. Néanmoins, les contacts ne sont pas totalement rompus puisqu'elle dit leur téléphoner, tout comme à sa famille. Par ailleurs, les relations avec ses enfants sont décrites comme bonnes et l'expertisée effectue notamment les courses en compagnie de sa fille âgée de 28 ans, laquelle habite encore avec elle. Bien que cette dernière s'occupe notamment de passer l'aspirateur le week-end, l'assurée semble tout de même effectuer des tâches ménagères malgré la fatigue alléguée, à savoir la préparation des repas ou encore la vaisselle et quelques tâches ménagères légères. Par ailleurs, elle évoque sortir marcher tous les deux à trois jours.

L'absence d'un diagnostic de la lignée d'un épisode dépressif se retrouve également dans le dossier à disposition, puisque son psychiatre traitant évoque un burn-out, et qu'aucune médication psychotrope n'a été préconisée. En effet, selon l'intéressée, le spécialiste aurait préconisé du repos, probablement en lien avec les plaintes d'épuisement psychique et physique rapportées. De l'avis de l'experte, cette plainte peut être mise en lien avec une lassitude de la part de l'explorée par rapport aux conditions de travail de nuit discutées dans le présent rapport, lesquelles engendrent une tension et un stress permanents. Dans ce contexte, elle évoque ne plus se voir travailler dans les soins, ni même de nuit, élément qu'elle aurait déjà évoqué avec sa cheffe. Elle envisage par ailleurs un changement de voie puisqu'elle parle d'un stage à réaliser afin de travailler dans la stérilisation, ainsi qu'une activité professionnelle à un taux d'occupation de maximum 50% dans l'idéal et ce, bien qu'elle aura un salaire moins élevé. Néanmoins, l'aspect financier ne constitue pas un problème pour l'investiguée, puisqu'elle évoque ne plus avoir les mêmes besoins financiers que lorsqu'elle avait tous ses enfants à la maison. Cette décision peut également être comprise comme un signe de sa lassitude à exercer à un taux d'occupation de 80% comme au début de son embauche au mois de mars 2012, et donc d'une adaptation de son mode de vie à ses plaintes, son ressenti et ses besoins.

Dans la partie conclusive de son expertise (pp. 28 ss), la doctoresse Y. _____ a en outre indiqué ce qui suit :

1. SYNTHÈSE

A. Critères diagnostiques et paracliniques principaux

Madame P. _____ est âgée de 56 ans au jour de la présente expertise. Mariée et divorcée à quatre reprises, elle est mère de quatre enfants adultes à ce jour, dont seule la troisième vit encore au domicile familial. L'assurée est titulaire d'un diplôme d'aide-

soignante obtenu en [...], et elle exerce depuis le mois de mars 2012 auprès de la Résidence Q._____ à temps partiel et ce, uniquement la nuit. Initialement, elle travaillait à 80 %, mais à sa demande, son taux d'occupation a progressivement été diminué par tranche de 10 %, afin d'atteindre 50 % au mois d'août 2014.

Cette demande a émané d'un besoin d'être soulagée au niveau professionnel en raison d'une sensation d'épuisement physique et psychique, l'intéressée évoquant : « *Je savais que j'étais épuisée, mais je continuais* ». Initialement, en raison d'une fatigue, d'un stress et d'un asthme important, une incapacité totale de travail a été attestée par son pneumologue traitant en date du 5 janvier 2015, avant qu'elle ne bénéficie d'un séjour hospitalier de quatre jours au motif « *...d'une grosse crise d'asthme* ». Par la suite, à la mi-février de la même année, un suivi spécialisé hebdomadaire auprès d'un psychiatre et d'une psychologue a été instauré, l'explorée ayant signalé être contente d'avoir trouvé un soutien et un médecin compréhensif, ce qui n'aurait pas été le cas de son ancien médecin traitant. A cette époque, elle décrit qu'il lui était impossible de réaliser des tâches quotidiennes, en raison d'un épuisement, de difficultés de planification, d'oublis et de trous de mémoire. Selon l'investiguée, le mois de janvier 2015 constitue la période la plus dure de son histoire, puisqu'elle mentionne qu'elle n'avait pas de solution et qu'elle ne savait pas comment s'en sortir. Le spécialiste a dès lors retenu un burn-out.

Au jour de la présente expertise, l'examinée rapporte une amélioration très lente, situation décrite comme quelque peu démoralisante puisqu'elle a l'impression de ne pas voir « *...le bout du tunnel* ». Cependant, bien qu'il lui arrive parfois de douter d'une amélioration de son état, elle peut tout de même se projeter dans l'avenir de manière positive et envisager « *...que ça va aller* ». Par ailleurs, elle éprouverait une certaine angoisse vis-à-vis de sa situation, élément accentuant quelque peu son sentiment de démoralisation. Néanmoins, aucune médication psychotrope n'a été instaurée par son psychiatre traitant, lequel aurait évoqué que l'expertisée avait simplement besoin de se reposer et de lâcher prise.

En l'absence de traitement psychotrope actuellement introduit, aucun dépistage sanguin n'a été réalisé à ce niveau, mais un simple contrôle de routine des marqueurs hépatiques et la CDT, lequel s'est révélé sans particularité corroborant ainsi les propos de l'assurée, quant à ses habitudes de consommation d'éthyle. Par ailleurs, le bilan thyroïdien réalisé afin d'exclure une cause somatique à la fatigue rapporté revient dans la normale.

B. Evolution actuelle, interactions et évolution prévisible

Compte tenu des éléments issus du dossier à disposition et des observations cliniques de ce jour, il n'est pas retenu de diagnostic psychiatrique au sens de l'ICD-10. En effet, bien que l'intéressée évoque présenter un épuisement physique et psychique du fait de ses conditions de travail, celles-ci ne constituent pas un facteur de stress psychosocial identifiable, puisqu'elles évoluent depuis son embauche au mois de mars 2012. Dès lors, l'explorée n'a pas été exposé[e] à un facteur de stress soudain et son récit ne met pas en

avant d'élément déclencheur particulier permettant d'expliquer la survenue des signes cliniques énoncés. Il n'est pas non plus retenu de diagnostic d'épisode dépressif, puisqu'aucun critère majeur n'est mis en évidence.

De l'avis de l'experte, il n'est pas impossible que l'explorée ait omis des informations durant l'entretien de ce jour, compte tenu de certains traits de personnalité de type paranoïaque et anxieux [évitant], lesquels se sont manifestés par une réticence à parler de sa sphère privée. De ce fait, il est possible que l'investiguée ait tu certains aspects problématiques permettant d'expliquer la symptomatologie progressivement apparue dans le courant de l'année 2014, mais en l'état, avec les informations obtenues à ce jour, aucun diagnostic ne peut être retenu, ni aucune symptomatologie incapacitante.

L'interaction dans cette situation concerne la volonté de l'examinée de changer de poste de travail, puisqu'elle a déjà averti sa cheffe qu'elle ne comptait pas refaire les nuits. Aux vues [recte : Au vu] des informations obtenues à ce jour, il ressort une lassitude chez l'expertisée, laquelle découle de conditions de travail décrites comme stressantes et sous tension permanente, raison pour laquelle elle souhaite, à terme, effectuer un stage afin de changer de voie et abandonner les soins. Par ailleurs, l'expertisée déclare ne plus vouloir travailler à 80 % comme initialement lors de son embauche auprès de la Résidence Q._____, puisqu'un 50 % serait idéal selon elle.

Dans ce contexte, l'experte recommande, dans une perspective de soutien et de confort, l'introduction d'une médication antidépressive de type escitalopram 10mg/j sur une période de trois mois, en sus d'un anxiolytique en réserve, éléments discutés avec l'assurée lors de l'entretien de ce jour.

En conclusion, la doctoresse Y._____ n'a retenu aucune limitation fonctionnelle et considéré qu'il n'y avait aucune incapacité de travail ni baisse de rendement au jour de l'expertise dans l'emploi habituel de l'assurée ou dans toute autre activité professionnelle correspondant à ses compétences.

Se fondant sur les conclusions de cette expertise ainsi que sur un avis de son médecin-conseil du 26 mai 2015, C._____ Assurance a, par décision du 27 mai 2015, mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mai 2015, au motif qu'une reprise du travail à 100 % était envisageable au jour de l'expertise, soit le 21 avril 2015.

b) Le 19 juin 2015, le docteur T._____ a adressé à C._____ Assurance un courrier dont le contenu était le suivant :

[...]

Lors de notre évaluation le 04.06.2015, nous avons objectivé un syndrome anxieux et dépressif sévère avec une incapacité de travail totale. La patiente a présenté une baisse sévère de l'humeur, une diminution de l'élan vital, une fatigue importante avec anhédonie et aboulie sévères, ainsi que des troubles de la concentration et de l'attention, une diminution de l'appétit. Nous pouvons observer une attitude morose, une anxiété objectivée avec des tremblements et une certaine agitation psychomotrice qui se manifeste aussi par moments par une augmentation du débit verbal. Il y a des troubles du sommeil sévères avec des insomnies initiales associées à de fortes ruminations anxieuses et un réveil précoce. Nous n'observons pas de troubles de la lignée psychotique. Nous ne pouvons pas exclure la présence d'idéation suicidaire passive.

Les symptômes décrits ci-dessus sont présents dès le début du suivi (12.05.2015), avec une légère amélioration progressive. Ils se sont aggravés après l'expertise vécue comme un acte d'extrême violence dans la manière dont elle a été conduite.

Concernant le contenu de cette expertise, nous constatons la présence de multiples imprécisions et incongruences que nous n'allons pas détailler. Nous sommes surpris par la pauvreté et l'imprécision du status psychiatrique, ainsi que par l'absence de prise en compte de l'anamnèse dans l'impact du contexte de vie actuel (y c. professionnel) sur l'état de santé (important modulateur de la résistance et endurance) et par conséquent sur la capacité de travail de la patiente (même si elle n'a pas une activité professionnelle à 100 %).

L'expertise est riche d'imprécisions qui donnent clairement l'impression que le médecin n'a pas compris, ni évalué de façon claire et adéquate la clinique, ni le cadre thérapeutique (contradictions dans les descriptions cliniques et dans l'appréciation du cadre). Ceci a comme résultat une analyse déficiente et négligente de la situation de la patiente. Il est difficile de comprendre qu'au début de l'expertise le médecin décrit un ensemble de signes et symptômes cliniques suffisants pour un diagnostic clinique d'épisode dépressif (avec impact sur la vie quotidienne et professionnelle). Ensuite, il conclut à une absence de diagnostic et par conséquent à une pleine capacité de travail.

Au vu de cette expertise, nous sommes aussi surpris qu'une expertise médicale psychiatrique soit faite par un médecin sans qualification expressément reconnue en Suisse (pas de mention à une spécialisation comme le titre FMH) et qui se permet de contredire l'évaluation de professionnels avec compétence et qualification reconnues.

C'est donc avec ces arguments et ce contexte que nous vous proposons de relire les résultats de cette expertise et, soit de revoir vos conclusions, soit de faire réévaluer la patiente par un médecin psychiatre FMH neutre.

En thérapie nous travaillons avec la patiente une reprise d'activité professionnelle, éventuellement avec la collaboration de mesures de réinsertion professionnelle de l'Al.

Diagnostic (CIM10/DSM-IV) :

Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques
F32.2

Traitement médicamenteux :

Escitalopram 10 mg/jour dès le 04.06.2015.

Par acte du 23 juin 2015, l'assurée a formé opposition contre la décision de son assurance, en concluant à la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 31 mai 2015. Elle s'est référée au rapport du 19 juin 2015 de son médecin traitant qui justifiait de l'existence d'une incapacité de travail à 100 %. Elle a en outre critiqué le fait que la plupart des médecins de la Clinique J._____, de nationalité [...], n'avaient pas obtenu d'équivalence FMH. S'agissant du déroulement de l'expertise, elle a fait valoir qu'elle avait dû attendre deux fois une heure et demie en salle d'attente et n'avait pas été informée qu'elle serait d'abord examinée par une psychologue.

C._____ Assurance a transmis les pièces précitées à la doctoresse Y._____, laquelle s'est déterminée par courrier du 7 juillet 2015. S'agissant de la reconnaissance de sa spécialisation, elle a relevé que ses diplômes obtenus en [...] avaient été reconnus par l'Office fédéral des assurances sociales [recte : Office fédéral de la santé publique], compétent en la matière, la FMH étant une association privée titulaire de la marque éponyme. Selon elle, la marque FMH n'était donc ni un titre ni un label de qualité. Quant au déroulement de l'expertise, la doctoresse Y._____ a précisé que l'assurée était arrivée avec une heure et vingt minutes d'avance au rendez-vous et qu'elle avait par la suite attendu trente minutes entre l'entretien avec la psychologue - laquelle avait décliné ses titre et fonction - et le début de l'entretien avec elle. Quant au diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques posé par le médecin traitant, la doctoresse Y._____ a exposé qu'il n'était pas cohérent avec la présence de projets professionnels de type réorientation, le maintien d'une activité physique de marche ou encore la volonté de la

patiente d'entamer des cours d'aquagym, « éléments témoignant de la préservation d'une énergie et de l'intérêt et du plaisir ». Elle a pour le surplus souligné que l'assurée lui avait indiqué avoir débuté son suivi spécialisé à la mi-février 2015 et non dès la mi-mai 2015. La doctoresse Y._____ a enfin constaté que le traitement antidépresseur n'avait été instauré qu'un mois et demi après l'expertise.

Par décision sur opposition du 21 août 2015, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision du 27 mai 2015.

B. **a)** Par acte du 17 septembre 2015, P._____ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et conclu à sa réforme, dans le sens de la poursuite du versement de l'indemnité journalière au-delà du 31 mai 2015. Tout en réitérant les griefs qu'elle avait déjà soulevé quant au déroulement de l'expertise, l'assurée a allégué qu'elle suivait auprès du docteur T._____ un traitement psychiatrique intense à raison d'une séance hebdomadaire. Pour ce motif, C._____ Assurance n'avait aucune raison d'ordonner une expertise psychiatrique et devait suivre l'avis du médecin-traitant dont les rapports sont probants. Par ailleurs, l'expertise de la doctoresse Y._____ n'avait qu'une très faible valeur probante, dans la mesure où celle-ci ne s'était pas entretenue avec le médecin traitant, qu'elle n'exerçait pas en tant que psychiatre-psychothérapeute soignante, qu'elle concluait à une absence de diagnostic alors qu'elle n'avait pas réussi à dialoguer et que les conditions dans lesquelles l'expertise s'était déroulée étaient « indignes » d'une expertise compte tenu des temps d'attente qu'on lui avait imposés.

Etait joint au recours un rapport du docteur T._____ du 15 septembre 2015 :

[...]

Il ne s'agit pas de la prise en charge d'un épisode dépressif, mais d'une patiente en souffrance, qui a une histoire de vie qui lui est propre et un vécu actuel de sa situation qui lui est propre aussi, et mérite respect.

Quant aux critères d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, il est difficile à comprendre que l'examen de la Dresse Y._____ ne les a pas mis en évidence. De toute façon, la présentation clinique des symptômes anxieux et dépressifs est par définition fluctuante, et l'objectif d'une expertise est d'évaluer les conséquences des symptômes sur la capacité de travail et non seulement sa présence ou son intensité. En réalité, il n'est pas rare de voir que des personnes qui présentent par moments des symptômes d'intensité sévère, gardent une certaine capacité de travail.

Madame P._____ prend dès le 10.09.2015 un traitement médicamenteux d'escitalopram 10 mg/j.

Par contre, il s'agit d'une patiente qui essaie, par tous les moyens, de sortir de cet état et de retrouver une capacité de travail. Sa compliance au suivi psychothérapeutique et la mise en place de différentes activités dont des projets de réinsertion professionnelle ne témoignent pas de l'absence de symptômes graves, mais de la bonne volonté de la patiente de guérir et du soutien qu'elle obtient de son entourage.

Quant aux critères d'Episode dépressif sévère, Madame P._____ présente : Une baisse de l'humeur sévère, une anhédonie importante (avec une auto-négligence ponctuelle), une fatigue sévère avec même des moments de dyspnée (sans étiologie somatique et/ou aggravation des symptômes pulmonaires) ; occasionnellement nous pouvons observer un ralentissement psychomoteur. Elle présente aussi des troubles de la concentration et de l'attention importants ; une baisse de l'estime de soi sévère et inquiétante, avec un important sentiment de culpabilité. Il y a des troubles du sommeil, des idées suicidaires passives et une évolution défavorable du poids.

Il est étonnant que l'expert n'ait pas pu observer ces symptômes ou au moins une partie. Pour le comprendre, et assumant que l'examen psychiatrique a été fait correctement, il faut aussi comprendre la structure de personnalité de la patiente. C'est une patiente qui présente des traits de personnalité paranoïaques et narcissiques. Dans ce cas en situation de menace (naturellement une expertise), elle va puiser sur ses réserves « d'énergie vitale », pour, paradoxalement, donner une meilleure image de soi.

Si un expert ne peut pas l'observer en entretien, et s'il s'aperçoit d'un décalage entre son observation et celle du thérapeute habituel, il doit faire l'hypothèse de la présence d'un trouble de la personnalité (ou des traits de personnalité pathologiques) et en discuter avec le psychothérapeute habituel. C'est une conduite professionnelle plus adéquate que présumer d'emblée qu'il y a erreur d'évaluation ou du « mensonge ».

En conclusion, je discorde de l'évaluation clinique effectuée, je suis convaincu que l'examen a été superficiel et qu'une réévaluation par un autre expert aura sûrement un autre résultat.

b) Dans sa réponse du 18 novembre 2015, C._____ Assurance a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle a fait valoir qu'elle avait le droit, et éventuellement le devoir, de vérifier les indications de l'assurée et de son médecin en ordonnant une expertise. Le fait que l'experte ait indiqué qu'il n'était pas impossible que l'assurée ait omis des informations ne remettait pas en cause sa conclusion, soit l'absence de diagnostic psychiatrique et l'existence d'une pleine capacité de travail. Quant aux compétences et qualifications de l'auteure de l'expertise, elles ne pouvaient être remises en doute compte tenu à la fois de son expérience professionnelle en [...] et des règles sur la reconnaissance des diplômes.

c) Dans sa réplique du 10 décembre 2015, P._____ a relevé que, dans la mesure où le docteur T._____ était un spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, la Cour de céans pouvait se fonder sur les conclusions de ce médecin sans craindre un recours de l'intimée. Elle soulignait par ailleurs que les expertises émanant de la Clinique J._____ étaient notoirement complaisantes. Enfin, il était injustifié de recourir à une expertise dans la mesure où le médecin-conseil de C._____ Assurance n'avait jamais mis en doute l'existence d'une incapacité de travail.

d) Dans sa duplique du 11 janvier 2016, C._____ Assurance s'est limitée à maintenir ses conclusions.

e) Dans le cadre de l'instruction de ce dossier, la Cour de céans a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique dont elle a confié la réalisation au docteur H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

f) Dans son rapport du 14 janvier 2017, ce médecin a retenu les diagnostics d'épuisement physico psychique (burn-out) sévère, en rémission, et de trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions, en rémission également (pp. 20 et 22 de

l'expertise). Dans le cadre de la discussion du cas, l'expert a retenu les éléments suivants (pp. 17 ss de l'expertise) :

[...]

Contrairement à ce que plus tard l'experte de la Clinique J. _____ a noté, le diagnostic de burnout existe bel et bien dans la Classification Internationale des maladies. Il se trouve dans le dernier chapitre qui s'appelle « Facteurs influents sur l'état de santé » et sous le chiffre Z73.0. Même s'il est vrai que ce chapitre énumère un grand nombre de facteurs contextuels, ceci n'empêche pas que certains éléments de ce chapitre peuvent avoir une valeur diagnostique et un impact sur la capacité de travail. Ici, le psychiatre traitant avait tout à fait raison en mettant ce terme dans la rubrique « diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail ».

Le burnout ou, selon le terme français, épuisement physico psychique, est un diagnostic difficile à cerner, souvent utilisé, mais aussi très largement méconnu. Comme le terme le dit en anglais, il s'agit d'un état où la personne n'a plus aucune ressource énergétique pour alimenter sa vitalité (image de manque de bûches pour nourrir le feu). Ce manque de ressort, d'énergie et de ressources est tellement intense et quasi absolu que la personne concernée ne peut pas le surmonter avec sa pure volonté. Il peut y avoir une importante souffrance liée. Cette dernière peut être d'autant plus grande que la personne est habituée à pouvoir puiser dans ses réserves des capacités. Ainsi, des personnes hyperactives, personnalités très proactives et autres sont le plus étonnées et bouleversées par ce qui leur arrive.

En tant que médecin traitant, sur une carrière de plusieurs dizaines d'années, nous avons hospitalisé un certain nombre de patients souffrant de cette pathologie. Même si les origines et les constellations de causalités peuvent être différentes, l'état clinique est souvent identique dans sa forme absolue et nécessite une aide extérieure. Les patients que nous avons hospitalisés dans les quatre cliniques romandes avec compétence dans ce domaine (Clinique L. _____, Clinique N. _____, Clinique Z. _____ et Clinique M. _____, avant aussi G. _____ à [...]) ont tous souligné le fait qu'au sommet de cette pathologie, tous les repères et toutes les ressources antérieures sont indisponibles et comme anéanties. Dans ce sens-là, les patients se sentent déboussolés, déconnectés d'eux-mêmes et de leurs ressources et repères et secondairement mal, chacun à sa manière. Très souvent, il y a des pathologies associées mais pas toujours. En particulier le manque d'énergie vitale est un symptôme-clé aussi dans un état dépressif. La déstabilisation amène souvent aussi des anxiétés sous différentes formes. Souvent aussi il y a des problèmes de consommations et d'autres tentatives physiologiques pour remédier à l'état psychologique.

Il existe un dénominateur très important qui est confirmé non seulement par des patients concernés mais aussi les soignants et les cliniques mentionnées : La durée du processus d'épuisement physico psychique est toujours beaucoup plus longue qu'imaginé. La plupart des patients, le public, les proches et même parfois aussi des médecins sont étonnés que la récupération se fait sur beaucoup de mois, parfois jusqu'à deux ans.

Évidemment, il n'y a pas de déroulement type mais dans notre clientèle-patients nous avons souvent suivi des situations où la moyenne de récupération s'est située entre 9 et 12 mois. Il existe pour un clinicien un indicateur (non scientifique) dans le sens que plus les préliminaires étaient insidieuses et longues, plus il faut compter aussi sur un temps long de récupération.

Ces explications nous paraissent importantes pour saisir la situation de Mme P._____. D'après notre compréhension et analyses, le diagnostic principal était effectivement celui d'un épuisement physico psychique, relativement important et dans lequel on aurait pu certainement penser à une hospitalisation (dans un des lieux mentionnés). Le fait de se reposer, de lire, de regarder la télévision, de faire des plans pour le futur, etc., tout ce qui était mentionné comme arguments dans l'expertise précédente, n'est en rien un argument pour invalider la portée du diagnostic ou pour postuler mécaniquement une reprise d'activité.

Selon notre compréhension, l'expertisée était dans la première partie de l'année 2015 très clairement encore dans une situation pathologique. Au printemps elle était dans une première phase de reprendre contact avec elle-même, de se ressaisir et de fonctionner tout d'abord seulement à un niveau basique.

L'expertise et son postulat de reprise sont donc arrivés dans une phase très sensible et ceci a provoqué en toute logique une forte réaction. Madame P._____ était dans un mélange de détresse, de colère, de déception, de crainte, autrement dit dans un registre de trouble d'adaptation avec réaction émotionnelle mixte. C'est donc effectivement au mois de juin que le psychiatre a évoqué des éléments dépressifs et anxieux et effectivement appliqué une médication antidépressive. Mais, soulignons-le encore une fois, la question centrale n'était pas celle de la dépression et de son intensité (comme il ressort de la discussion médicale par la suite).

Avec la coupure de la protection APG, Mme P._____ a été devant un fait accompli et confrontée à l'inscription aux Services sociaux, ce qui a nécessité une autre énergie d'adaptation. Elle avait certaines ressources, elle l'a fait, mais le processus de guérison était ralenti.

Il nous paraît important de reprendre le tout premier rapport du psychiatre traitant (que ce dernier semble avoir oublié dans ses répliques). Il a évoqué ici, au mois de mars 2015, une reprise de travail éventuelle au mois de septembre 2015, voir plus tard. Ceci correspond effectivement à ce que nous avons décrit ci-dessus, à savoir la nécessité de définir un temps suffisamment long de récupération, ici avec une base de six mois.

Avec le trouble d'adaptation surajouté ce délai s'est effectivement prolongé. Pour cette vision des choses, il y a des indices : Mme P._____ a décrit une lente amélioration vers la fin de l'année 2015, encore plus nette à partir du printemps 2016. Elle a arrêté la médication psychotrope et elle est devenue plus fonctionnelle. Nous l'avons vue et examinée pratiquement une année après, décembre 2016. Nous étions en face d'une femme dans une présentation correcte, assez ouverte, aimable, calme, collaborante, sans trouble cognitif majeur. Il n'y avait pas de troubles formels non plus, les récits et réponses aux questions étaient structurés et compréhensibles, elle n'était pas fatiguée, ni fatigable. Sur le plan des affects, elle était en majeure partie euthymique, à chaque évocation du passé et de sujets pénibles, proche des larmes. La remémoration était toujours associée à une réaction émotionnelle.

Autrement, elle avait une bonne énergie vitale, des ouvertures pour la vie et une oscillation émotionnelle proche de la normalité. Nous n'avons pas fait état d'un trouble de personnalité, les notions du psychiatre traitant de ce type (personnalité paranoïaque, etc.) ne nous paraissent pas applicables aujourd'hui.

Il est donc clair qu'au plus tard dans les premiers mois de l'année 2016 l'état clinique était amélioré à un tel point qu'une reprise médico-théorique d'une activité professionnelle était exigible.

Quant au litige qui oppose le R. _____ et la Défense juridique de la patiente d'une part, psychiatre traitant et experte *Clinique J.* _____ d'autre part, nous pouvons faire quelques remarques supplémentaires. Nous nous abstenons cependant de tout commentaire quant à la qualification de l'experte, le cadre, ou le déroulement de l'expertise, etc.

Pour ce qui concerne le psychiatre traitant, le premier rapport médical est extrêmement sommaire et n'a pas de status psychiatrique. Il n'y a surtout pas d'argumentation de l'état pathologique qu'il a constaté chez sa patiente. Il était de ce fait très probablement peu compris. Il a, dans un deuxième temps, essayé de réagir et mobiliser des symptômes dépressifs pour explication. Il a donné plusieurs versions diagnostiques, d'une part un état anxio-dépressif mixte, d'autre part un épisode dépressif sévère. Il y a beaucoup de différences entre ces termes qui ne sont, même de son côté, pas argumentés. Il y a par ailleurs aussi un mélange entre énoncés de sa patiente et observations. Si véritablement un épisode dépressif sévère avait existé, il aurait, déjà pour des raisons éthiques, pris d'autres mesures thérapeutiques. Il a parlé par la suite de fluctuations de cet état dépressif (dit sévère) mais ce qui est justement contradictoire avec les définitions cliniques d'un tel état. On peut comprendre qu'il voulait par empathie défendre la souffrance de sa patiente, mais au fond son argumentation a accentué faussement une partie de la symptomatologie. Ceci n'empêche en rien que, comme décrit ci-dessus, la patiente était souffrante, atteinte et en incapacité de travail.

Quant à l'experte de la *Clinique J.* _____, il n'y a également pas de véritable status psychiatrique. On trouve sur la page 16, 12 lignes de description, encore sur la page 25, 9 autres. Pour le reste, les nombreuses pages d'expertise sont une sorte d'argumentation d'exclusion, l'établissement [d']une check-list de symptômes et diagnostics possibles, pour ensuite les exclure. Comme déjà mentionné, l'experte a faussement exclu le diagnostic de burnout.

Nous arrivons donc à la fin de nos explications et analyses. Nous retenons qu'il s'agit d'une personne sans antécédent psychique – psychiatrique, qui a glissé, probablement déjà entre 2013 et 2014, insidieusement dans un état d'épuisement physico psychique. Il a fallu une longue période infra clinique et dans la réalité, les facteurs concomitants ont pris une telle ampleur que la barrière clinique a été franchie fin de l'année 2014/début de l'année 2015.

Il s'en est suivi dans un premier temps un état avec impossibilité d'aller en avant, on pourrait aussi dire une sorte de paralysie physico-psychique. Ensuite, l'expertisée a commencé à fonctionner à nouveau, à rétablir ses repères. Il s'est greffé, au premier tiers, sur ce processus de lente amélioration, un trouble d'adaptation avec réaction émotionnelle mixte (F43.23) ce qui a prolongé le processus

d'amélioration/guérison en cours. Nous estimons l'impact de cette deuxième pathologie à une incapacité de travail supplémentaire de trois mois.

Il est toujours très difficile, voire objectivement impossible, de se déterminer avec précision rétroactivement sur un déroulement clinique. L'expert n'a pas analysé la personne à ce moment-là et il s'agit d'une sorte de « rétroprojection ». De ce fait, on peut seulement faire une approche avec plus ou moins de probabilités.

Il existe des indices que, même au début de l'année 2016, l'état de Mme P._____ n'était pas entièrement rétabli. Mais ici est intervenue une autre palette de problèmes : l'expertisée souffre dès lors d'un certain nombre de symptômes somatiques dont plusieurs sont aujourd'hui encore en voie d'exploration. De ce fait il nous paraît juste de chercher le compromis dans la zone entre la fin de l'année 2015 et début de l'année 2016. Avec ce côté arbitraire nécessaire, nous postulons donc que le processus de rétablissement/guérison était terminé le 31.12.2015.

g) Dans ses déterminations du 6 février 2017, P._____ a déclaré ne pas avoir de remarques particulières à formuler quant au contenu du rapport d'expertise du 14 janvier 2017, hormis le fait que l'expert déclarait expressément qu'elle se trouvait encore en incapacité totale de travail du 31 mai au 31 décembre 2015 et qu'elle souffrait depuis le début de l'année 2016 d'un certain nombre de symptômes somatiques dont plusieurs étaient encore en cours d'investigation.

h) Dans ses déterminations du 2 mars 2017, C._____ Assurance a maintenu ses conclusions. Pour ce faire, elle s'est référée à une prise de position de la doctoresse Y._____ du 28 février 2017 dont les conclusions sont les suivantes :

Pour atteindre le niveau scientifique requis par une expertise et ne pas être arbitraire, le diagnostic médical doit être fondé sur une étude rigoureuse des critères diagnostiques. A ce titre, le « diagnostic » du H._____, en l'absence de critères, n'en est pas un. Il s'agit de théories personnelles sur ce qu'est un burn-out, donnant à sa conclusion concernant l'incapacité de travail un caractère spéculatif. Le résumé des faits issus des rapports médicaux est également oblitéré et les discussions quant aux divergences absentes. A la suite, l'expertise judiciaire se base donc principalement sur des interprétations personnelles arbitraires.

Dès lors, face à un examen clinique dans les limites de la normale lors de mon examen et de ce qui ressort de celui du Docteur H._____, en l'absence de diagnostic après l'expertise de la Clinique J._____, la conclusion restait bien que l'assurée pouvait

reprandre une activité professionnelle, étant rappelé qu'elle n'exerce qu'à un taux d'occupation de 50 %.

i) Dans ses déterminations du 27 mars 2017, P._____ a estimé que C._____ Assurance n'avait apporté aucun élément permettant de remettre en cause le rapport d'expertise du docteur H._____.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie [LAMal ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une partie au moment du dépôt du recours (art. 56 et 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Interjeté en temps utile auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, compétente en l'espèce (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36] et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]), le recours respecte les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige a pour objet le droit de la recourante à des indemnités journalières perte de gain en cas de maladie pour une période allant au-delà du 31 mai 2015, singulièrement sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme au versement de ces prestations avec effet au 31 mai 2015.

3. La recourante a conclu auprès de l'intimée un contrat d'assurance d'indemnités journalières au sens de l'art. 67 al. 1 LAMal (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015 et applicable en l'espèce ; ATF 130 V 445 consid. 1.2.1).

a) 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 LPGA).

b) Aux termes de l'art. 6 LPGA, auquel l'art. 72 al. 2 LAMal renvoie expressément, 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

La précision apportée à la deuxième phrase de l'art. 6 LPGA est une expression de l'obligation de diminuer le dommage – qui est un principe général du droit des assurances sociales –, selon laquelle il appartient à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer les conséquences du dommage (ATF 129 V 460 consid. 4.2 ; 114 V 281 consid. 1d). 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 édition, Bâle 2016, n° 1461 ss, pp. 841-842).

c) Lorsque l'assuré doit envisager un changement de profession, l'assurance doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat – pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'alors est due – pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un nouvel emploi (ATF 114 V 281 consid. 5b) ; 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 (arrêt K 42/05 du 11 juillet 2005 consid. 1.3). A l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière, cas échéant réduite, dépend de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré, qui se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu ou pourrait être réalisé dans la nouvelle profession (ATF 129 V 460 consid. 4.2).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références citées ; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; TF 8C_922/2011 du 19 juin 2012 consid. 5).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves

administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

5. Dans un premier grief, la recourante allègue que l'intimée n'avait aucune raison de remettre en cause le point de vue de son médecin traitant, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie – lequel attestait d'une incapacité totale de travailler – et de mettre en œuvre une expertise. Or force est de constater que le rapport médical établi le 20 mars 2015 par le docteur T. _____ ne contenait que peu d'indications sur les affections dont souffrait la recourante et leur incidence sur sa capacité de travail. S'il faisait mention d'un burn-out à titre de diagnostic, il ne contenait qu'une liste limitée de symptômes, signalait l'absence de traitement médicamenteux et était peu précis quant à la question de la capacité de travail (« *Reprise totale prévue pour le : ~ septembre 2015, au plus tard* »). Dans ces conditions, il est difficile de reprocher à l'intimée d'avoir décidé, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), de mettre en œuvre une expertise afin d'évaluer objectivement l'état de santé de la recourante.

6. L'expertise réalisée par la doctoresse Y._____ a fait l'objet de plusieurs griefs de la part de la recourante.

a) La recourante a mis en doute les qualifications professionnelles de la doctoresse Y._____ pour mener à bien une expertise, au motif qu'elle ne disposait pas d'un titre FMH en psychiatrie et psychothérapie et qu'elle n'avait pas d'activité clinique en Suisse.

Il est vrai que pour le juge amené à apprécier un rapport médical, sont déterminantes les compétences professionnelles de son auteur, dès lors qu'il doit pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel il fait précisément appel en raison de son savoir particulier (TF 9C_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les arrêts cités). La jurisprudence a cependant précisé que la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend avant tout du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné ; le titre de spécialiste (FMH) ne constitue à cet égard pas une condition nécessaire (TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3).

Comme le relève l'intimée, le titre postgrade en psychiatrie et psychothérapie que la doctoresse Y._____ a obtenu en [...] en 2010 a été reconnu comme équivalent en Suisse le 3 décembre 2014 par la Commission des professions médicales, autorité compétente en la matière (art. 15 de la loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales [LPMéd, RS 811.11]). Il importe dès lors peu qu'elle ne puisse pas se prévaloir d'un titre de spécialiste délivré par la FMH. Il est par ailleurs incontestable que sa formation et son expérience lui permettent en principe de rendre des avis spécialisés dans le domaine psychiatrique. Tout au plus peut-on se demander si ce médecin, qui n'exerce aucune activité clinique en Suisse, est suffisamment familiarisée avec la problématique et les concepts du droit suisse des assurances (Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques, *in* Bulletin des médecins suisses 2004/85, n° 36 p. 1906).

b) Le déroulement de l'expertise a également donné lieu à plusieurs critiques. La recourante a notamment relevé que les temps d'attente qui lui avaient été imposés n'étaient pas « dignes d'une expertise » et qu'elle n'avait pas été informée au préalable qu'elle serait examinée dans un premier temps par une psychologue. Ce faisant, la recourante n'a pas expliqué en quoi ces facteurs avaient eu une incidence sur le déroulement et le contenu de l'expertise. Ce nonobstant, on soulignera que la recourante s'est présentée à la Clinique J._____ avec plus de quarante-cinq minutes d'avance sur l'heure fixée pour le rendez-vous, fait qui ne saurait être imputé à la doctoresse Y._____. S'il est admis que la recourante a ensuite dû attendre environ trente minutes entre son entretien avec la psychologue et son entretien avec l'experte, puis trente minutes encore à l'issue de son entretien avec l'experte, rien ne permet d'affirmer que de tels temps d'attente seraient totalement inconciliables avec une expertise menée dans les règles de l'art. En revanche, il convient de constater que dites règles n'ont pas été respectées, en tant que la Clinique J._____ n'a pas informé la recourante du déroulement précis de l'expertise, singulièrement n'a pas indiqué dans la convocation qui lui avait été adressée qu'elle serait préalablement vue par une psychologue (art. 44 LPGA sur l'obligation de nommer les experts ; ATF 139 V 349 consid. 3 à 5 et les références citées ; TF I 988/06 du 28 mars 2007 consid. 5.1). Il en va de même, en tant que le rapport d'expertise établi par la doctoresse Y._____ ne fait aucune mention de l'intervention de cette tierce personne, de sorte que l'on ignore pour quelle raison et dans quel but le concours de cette auxiliaire s'est avéré nécessaire.

c) Outre les réserves formelles précitées, le rapport d'expertise établi par la doctoresse Y._____ laisse un certain nombre de question sans réponse. A mots couverts, l'experte reconnaît qu'elle n'a pas été en mesure d'explorer l'ensemble des hypothèses pouvant expliquer la situation (*« ..., il est possible que l'investiguée ait tu certains aspects problématiques permettant d'expliquer la symptomatologie progressivement apparue dans le courant de l'année 2014, ... »* ;

notamment p. 29 de l'expertise ; voir également pp. 20 et 27). Or, dans pareille situation, il appartenait à l'experte de pousser plus avant ses investigations, soit en convoquant la recourante pour un entretien complémentaire, soit en prenant contact avec le psychiatre traitant afin d'obtenir des renseignements supplémentaires. Le rapport d'expertise interpelle également sur les raisons pour lesquelles l'experte avait écarté, malgré le contexte professionnel difficile dans lequel évoluait la recourante (notamment pp. 18 et 21 de l'expertise), l'existence d'un facteur de stress psychosocial susceptible de conduire à la longue à une situation de surmenage et proposé, malgré l'absence de tout diagnostic psychiatrique, l'introduction « *dans une perspective de soutien et de confort* » d'une médication antidépressive sur trois mois en sus d'un anxiolytique en réserve (p. 29 de l'expertise). Plus généralement, les explications de la doctoresse Y._____, lesquelles reflétaient avant tout l'appréciation qu'elle avait de la situation au moment précis de l'examen, ne contenaient aucune mise en perspective permettant de comprendre les raisons de l'interruption de l'activité survenue au mois de janvier 2015 et de son prolongement.

d) Pour l'ensemble de ces motifs, la Cour de céans a estimé nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire dont elle a confié la réalisation au docteur H._____.

7. La seule et unique question litigieuse à résoudre est celle de savoir si la recourante présentait une incapacité de travail au moment où l'intimée a décidé de mettre un terme au versement de ses prestations. Les docteurs Y._____ et H._____ parviennent à ce propos à des conclusions diamétralement opposées. Alors que le docteur H._____ estimait que la recourante se trouvait - à ce moment précis - dans la phase de récupération après un burn-out et présentait encore une incapacité totale de travailler, la doctoresse Y._____ a nié toute atteinte à la santé et, partant, toute incapacité de travail, au motif principalement que les critères diagnostiques d'un trouble psychique reconnu n'étaient pas remplis.

a) Selon la littérature médicale, le burn-out est un processus d'épuisement progressif qui se présente sous forme de symptômes traduisant une réaction de stress en milieu professionnel. L'épuisement peut concerner toutes les dimensions : physique (impression de manque de faiblesse musculaire), cognitivo-mnésique (troubles de la concentration et de l'attention), émotionnelle (absence de plaisir, pessimisme), motivationnelle (perte de l'esprit d'initiative, attitude négative vis-à-vis du travail) et sociale (retrait, attitude de dénigrement cynique) (Toni Brühlmann, Diagnostic et traitement du burnout en pratique, Forum Med Suisse 2012/12 n° 49 p 955 ; Ministère français du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, Mieux comprendre pour mieux agir, pp. 7 ss). A l'heure actuelle, le burn-out n'est pas considéré comme une maladie au sens strict. Selon la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) de l'Association américaine de psychiatrie, le burn-out ne se caractérise pas par un « diagnostic clinique » unique et précis, faisant état à la fois de symptômes et de causes bien établis, mais plutôt comme un syndrome qui regroupe un ensemble de signes cliniques et de symptômes qui apparaissent progressivement chez un individu, sans pour autant se référer à un élément causal dans sa définition (sur la difficulté à définir le burn-out, Jean-Yves Nau, Le temps est-il venu d'inclure le « burnout » dans la nosographie, Revue Médicale Suisse 2016 pp. 474, 524 et 570 ; également TF 9C_537/2011 du 28 juin 2012 consid. 3.1, in SVR 2012 IV n° 52 p. 188).

b) Malgré la difficulté à définir au moyen de critères objectifs le burn-out, il est difficilement contestable que le phénomène d'épuisement professionnel correspond à une réalité clinique et qu'il peut avoir un impact considérable sur la capacité de travail lorsqu'il atteint une certaine intensité. Selon la littérature spécialisée, il est admis que, selon la sévérité du syndrome, un arrêt de travail de plusieurs mois puisse être nécessaire afin de permettre à la personne concernée de récupérer et de prendre du recul sur sa situation professionnelle (Ministère français du

Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, *op. cit.*, pp. 23 ss).

c) S'il est correct d'affirmer que le diagnostic de burn-out n'est pas reconnu en tant que tel, l'expertise de la doctoresse Y._____ et les explications complémentaires données par la suite semblent nier implicitement la réalité d'un syndrome qui, pourtant, a été très largement décrit dans la littérature médicale. Compte tenu de la prémisse sur laquelle repose cette expertise et des réserves formelles formulées, il y a lieu de lui dénier toute valeur probante.

d) En revanche, l'expertise judiciaire réalisée par le docteur H._____ explique de manière précise la démarche diagnostique qui a conduit ce médecin à retenir, sur la base de la description des symptômes rapportés, que la recourante avait présenté les symptômes typiques d'un épuisement professionnel et les raisons pour lesquelles il fallait retenir que l'incapacité de travail avait perduré jusqu'à la fin de l'année 2015. De prime abord, la durée de l'incapacité de travail retenue - onze mois - peut apparaître longue au regard d'un tel syndrome ; le docteur H._____ a, malgré la difficulté à apprécier rétrospectivement un état psychique et son évolution, expliqué de manière convaincante le long processus de récupération auquel la recourante avait été confrontée à la suite de son burn-out et les effets délétères qu'avaient pu avoir les conclusions de l'expertise de la doctoresse Y._____ sur le processus de récupération. Compte tenu des explications du docteur H._____, il n'y a pas lieu de remettre en cause le résultat de son appréciation, quand bien même celle-ci s'est déroulée plus d'une année après qu'il a reconnu que la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail sur le plan psychique.

8. a) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que la recourante pouvait prétendre à des indemnités journalières perte de gain en cas de maladie jusqu'au 31 décembre 2015.

b) Cela étant, il ressort de l'expertise du docteur H._____ (p. 20) que la recourante a, au-delà cette date, présenté un certain nombre

de symptômes d'origine somatique (notamment des tremblements) dont plusieurs étaient en voie d'exploration au jour de l'expertise. Faute de renseignements plus détaillés à ce propos, il convient de renvoyer le dossier à l'intimée, afin qu'elle examine si les symptômes en question étaient à l'origine d'une incapacité de travail et justifiaient, le cas échéant, la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2015.

9. a) Partant, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision sur opposition rendue le 21 août 2015 par l'intimée réformée, en ce sens que la recourante a droit au paiement des indemnités journalières jusqu'au 31 décembre 2015, la cause étant renvoyée pour le surplus à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens du considérant 8b.

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

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'500 fr. à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 21 août 2015 par C._____ Assurance est réformée, en ce sens que P._____ a droit au paiement des indemnités journalières jusqu'au 31 décembre 2015, la cause étant renvoyée pour le surplus à C._____ Assurance pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

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

IV. C._____ Assurance versera à P._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Inclusion Handicap, Me Karim Hichri, à Lausanne (pour P._____),
- C._____ Assurance, à [...],
- 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 :