

S2 23 53

ARRÊT DU 13 MAI 2025

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Mireille Allegro, greffière

en la cause

X _____, née **Y** _____, recourante, représentée par Syndicats Chrétiens du Valais, à Sion

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, intimée

(art. 67 LAMal ; indemnités journalières maladie, valeur probante d'une expertise)

Faits

A. X _____, née Y _____ le xx.xx.xxxx, a été engagée comme peintre en bâtiment, dès le 24 mai 2021, par l'entreprise A _____ Sàrl. A ce titre, elle était au bénéfice d'une assurance d'indemnités journalières pour perte de gain en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie auprès de Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après : Mutuel).

B. Le 12 octobre 2022, l'employeur a rempli une déclaration d'incapacité de travail dans laquelle il a indiqué que son employée était en incapacité de travail totale depuis le 4 octobre 2022.

Dans son rapport du 28 octobre 2022, le Dr B _____ médecin traitant a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse. Il a expliqué que sa patiente l'avait consulté à partir du 20 juin 2022 en raison de troubles du sommeil et d'attaques de panique à la suite de conflits de personnes et qu'il avait d'abord prescrit une thérapie de soutien, puis un arrêt de travail. Son pronostic était bon, avec une reprise totale prévue après 4 à 6 semaines (soit mi-décembre 2022).

Le 25 novembre 2022, il a précisé que le trouble de l'adaptation en relation avec le travail s'améliorait mais que la situation évoluait vers un épisode dépressif probable. La patiente présentait de la fatigue, une déprime et des troubles du sommeil pour lesquels il avait prescrit du Zolpidem (un somnifère). De son point de vue, l'intéressée pouvait reprendre à 100% dès janvier 2023 une nouvelle place de travail auprès d'un autre employeur.

Par courrier du 6 décembre 2022, Mutuel a signalé à l'assurée qu'elle mettrait un terme au versement des indemnités journalières au 31 décembre 2022.

C. Le 15 décembre 2022, le Dr B _____ a informé Mutuel qu'il avait dû prolonger l'incapacité de travail dès lors que l'assurée souffrait d'un trouble anxio-dépressif qui ne lui permettait pas de reprendre un travail quel qu'il soit.

Ceci étant, Mutuel a décidé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr C _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celle-ci a eu lieu le 13 janvier 2022. Dans son rapport du 20 janvier suivant, l'expert a relevé que l'assurée ne se sentait pas bien, fatiguée, en manque d'énergie et incomprise (expertise p. 5). Dans l'anamnèse, il a noté que l'assurée avait subi un harcèlement scolaire de la part

de quelques élèves à l'âge de 11-12 ans, qu'elle s'était sentie déprimée au point d'avoir des idées suicidaires à l'âge de 15 ans alors qu'elle était sous traitement de l'acné par isotrétinoïne (substance active du Roaccutane), qu'elle avait été victime d'une agression de nature sexuelle de la part d'un collègue durant son apprentissage, mais n'avait pas porté plainte, et qu'elle avait subi un accident au niveau du membre supérieur gauche en 2015 l'empêchant de porter des charges de plus de 10 kg, de réaliser des mouvements répétitifs et de s'appuyer sur la main gauche (expertise p. 6 et 7).

S'agissant de la problématique ayant conduit à l'incapacité de travail, il a retenu que l'assurée avait été confrontée, sur son lieu de travail à partir de mars 2022, à des attitudes désagréables et des insultes qui avaient développé chez elle une anxiété anticipatoire, des nausées, des troubles du sommeil et une baisse de la concentration, raisons pour lesquelles elle avait consulté une psychologue dès juin 2022 ainsi que son médecin traitant. L'expert a relevé que l'assurée avait commencé une prise en charge psychiatrique le 11 janvier 2023 auprès de la Dresse D _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle lui avait prescrit un antidépresseur (Escitalopram Sandoz 10mg, ½ comprimé le matin) que l'assurée devait encore aller retirer à la pharmacie.

Le Dr C _____ a retranscrit les plaintes suivantes (cf. expertise p. 10 et 11) : tristesse fluctuante, sensibilité accrue, perte de la confiance en soi, perte de motivation, fatigue, perte de sérénité avec tensions musculaires, tremblements et gêne épigastrique, rappel plus régulier des mauvais souvenirs de son adolescence et des événements survenus durant son apprentissage, sans évitement des situations pouvant lui rappeler cette période, baisse des capacités mnésiques à court terme et baisse de concentration, sommeil perturbé et baisse de libido. Il a remarqué que l'intensité des plaintes de l'intéressée contrastaient avec les constatations objectives, plus modestes, ainsi qu'avec le cours rapporté de la vie quotidienne, dans laquelle l'assurée - qui était en couple - s'occupait de l'entretien du logement et des courses, appréciait de passer plusieurs heures sur sa console de jeu ou à visionner des films et séries et réalisait seule ses tâches administratives sans retard. Il a également remarqué que l'assurée n'avait pris qu'occasionnellement le Zolpidem prescrit durant des mois par son médecin traitant et n'avait pas été chercher à la pharmacie le traitement antidépresseur, dont la posologie prescrite était inférieure aux recommandations usuelles.

Au terme de son examen, l'expert a retenu le diagnostic d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00), en raison d'une baisse de l'humeur, d'une réduction de l'énergie et d'une diminution des intérêts et du plaisir, associés à une baisse de l'estime

de soi, des idées de culpabilité, un pessimisme et des troubles du sommeil, ainsi qu'un manque de réactivité aux circonstances habituellement agréables et une baisse de la libido, éléments qui étaient toutefois insuffisants pour caractériser un syndrome somatique. Il a observé que les symptômes thymiques relatés à l'adolescence étaient compatibles avec les effets indésirables connus du traitement d'isotrétinoïne et ne s'intégraient pas dans un trouble dépressif récurrent en l'absence d'antécédent maniaque, hypomaniaque ou dépressif. Il a écarté le diagnostic d'épisode dépressif sévère posé par la Dresse D _____ sur la base d'un seul test psychométrique et non pas des critères de classifications diagnostiques.

Il a retenu que l'assurée présentait une légère diminution de l'endurance en raison de l'affaiblissement de la motivation et de la volonté ainsi qu'une sensibilité quelque peu accrue au stress, mais a estimé qu'en l'absence de comorbidité psychiatrique, le pronostic de l'épisode dépressif était très favorable. Il a relevé des facteurs non médicaux qui expliquaient la réticence de l'assurée à reprendre son poste de travail, à savoir une perte d'attrait pour le domaine de la peinture et l'envie de se reconvertir dans un travail administratif, telle qu'agente immobilière, éléments qui n'avaient pas à être pris en compte de l'évaluation médicale de la capacité de travail de l'assurée. Il a dès lors conclu que celle-ci était de 80% dans une activité de peintre dès le jour de l'expertise le 13 janvier 2023 et serait entière d'ici le 15 mars 2023 (2 mois après l'examen d'expertise) grâce à la poursuite de la psychothérapie de soutien.

Mutuel a soumis ce rapport à son médecin-conseil, le Dr E _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son avis du 3 février 2023, celui-ci a observé que les conclusions de l'expert étaient étayées, qu'elles tenaient compte des plaintes de l'assurée mises en perspective avec l'examen clinique, ainsi que des facteurs non médicaux. Il a dès lors confirmé que la reprise de l'activité était exigible à 80% dès le 13 janvier 2023 et à 100% dès le 13 mars 2023.

Par décision du 6 février 2023, Mutuel a annoncé à l'assurée que puisqu'une reprise de travail dans la profession habituelle était exigible à 80% dès le jour de l'expertise et à 100% dès le 15 mars 2023, elle mettrait un terme au versement des indemnités journalières au 28 février 2023. Elle l'a rendue attentive au fait que la reprise pouvait être influencée négativement par l'environnement de travail actuel, de sorte qu'elle l'invitait, en vertu de son obligation de diminuer le dommage, à trouver si nécessaire un autre employeur.

D. Représentée par les Syndicats Chrétiens du Valais (SCIV), l'assurée a formé opposition le 9 mars 2023. Elle a souligné que la Dresse D _____ avait continué à attester une incapacité de travail totale et a demandé à pouvoir prendre connaissance de l'enregistrement sonore de l'expertise (pièce 17).

Après écoute de celui-ci, elle a complété son opposition le 6 avril 2023 (pièce 20). Elle a contesté la valeur probante du rapport d'expertise en raison des manquements suivants :

- En page 10 dudit rapport, l'expert rapporte que « ...et conduit régulièrement sa voiture ». Pourtant dans l'enregistrement sonore, l'assurée dit conduire quand cela est nécessaire.
- En page 11, « elle n'évite pas de situations qui pourraient lui rappeler cette période ». Il manque la suite des déclarations de l'assurée.
- Dans cette même page, l'expert mentionne ce qui suit : « sa libido est également très basse ». Toutefois l'assurée dit : « il n'y a plus ».
- En page 16, l'expert indique que « la posologie initiale prescrite de 5mg/j d'Escitalopram ne correspond pas aux recommandations pour une personne jeune, sans insuffisance hépatique... ». Néanmoins [l'assurée] a relevé que c'était 5 mg/j pour commencer, afin de vérifier si elle supportait le médicament.

L'assurée a également remis un rapport du 24 mars 2023 de la Dresse D _____, qui attestait que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et expliquait que l'intéressée l'avait consultée le 11 janvier 2023, qu'elle présentait une symptomatologie anxieuse et dépressive sévère réactionnelle au poste de travail, qu'elle avait suivi de manière régulière un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, qu'elle présentait toujours des symptômes de la lignée dépressive, mais que la reprise dans une autre activité était progressivement envisageable.

Interpellé, le Dr E _____ a constaté, le 12 avril 2023, que la Dresse D _____ n'apportait pas d'élément susceptible de remettre en cause l'analyse de l'expert, que la mention de « symptomatologie anxieuse et dépressive sévère » n'était pas une terminologie précise et que la psychiatre traitante n'expliquait pas la distinction entre activité habituelle et autre activité pouvant être reprise progressivement, alors que l'expert avait explicité la présence de facteurs non médicaux jouant un rôle sur la capacité de travail et la reprise de l'emploi habituel (pièce 21). Le médecin-conseil a ensuite répondu aux critiques de l'assurée de la manière suivante :

- S'agissant de la conduite automobile, il a relevé que la fréquence ne changeait pas l'aptitude de l'assurée à conduire, laquelle n'aurait plus été possible en cas

de trouble psychiatrique sévère, et que, quoi qu'il en soit, l'expert n'avait pas basé son analyse de la cohérence et de la plausibilité sur ce critère.

- Concernant l'évitement de certaines situations, il a remarqué que l'assurée n'avait pas précisé quelle déclaration manquait et qui serait propre à invalider la construction du rapport d'expertise.
- Il a expliqué que le fait qu'il n'y ait plus du tout de libido ou seulement une baisse de celle-ci n'avait pas d'impact d'un point de vue médical sur les conclusions de l'expert, y compris sur l'absence de syndrome somatique.
- S'agissant du traitement, il a constaté que l'expert n'avait pas mis en doute les propos de l'assurée et a considéré que les raisons pour lesquelles le traitement n'avait été prescrit qu'à 5 mg/j n'avaient aucune incidence sur l'appréciation de l'expert, qui avait simplement relevé qu'il n'y avait aucune indication à une telle prudence dans le cas de l'assurée.

Par décision sur opposition du 3 mai 2023, Mutuel a rejeté l'opposition et a confirmé sa décision de mettre fin au versement des indemnités journalières le 28 février 2023, en se référant à la prise de position de son médecin-conseil.

E. Le 5 juin 2023, l'assurée a recouru céans contre ce prononcé, en répétant que le rapport d'expertise ne correspondait pas fidèlement à ce qui avait été dit et minimisait l'intensité des symptômes, comme le relevait la Dresse D _____ dans son rapport du 19 mai 2023. Cette dernière précisait que plusieurs semaines après le début du suivi, l'assurée présentait encore des symptômes de la lignée dépressive d'intensité modérée, rendant sa capacité de travail nulle dans son poste actuel. De son point de vue, les remarques de l'expert, sur le suivi psychiatrique qui aurait dû débiter plus tôt et la posologie qui n'était pas celle recommandée, signifiaient qu'il était d'avis que l'état psychique de l'assurée nécessitait un suivi spécialisé.

Répondant le 29 septembre 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours, répétant que l'expertise était pleinement probante et que les manquements relevés n'avaient pas d'incidence directe sur l'appréciation de la capacité de travail faite par l'expert, comme l'avait expliqué le Dr E _____ dans son avis du 12 avril 2023. Elle a en outre noté que la minimisation des symptômes alléguée par la recourante et la Dresse D _____ ne reposait sur aucun argument solide selon son médecin-conseil, qui avait pris position le 11 août 2023 (pièce 25).

A l'appui de sa réplique du 4 décembre 2023, la recourante a déposé trois nouveaux documents :

- un rapport du 21 septembre 2023 établi par la psychologue F _____ qui l'avait suivie du 29 juillet 2022 au 6 janvier 2023, qui faisait état de fatigue, de troubles du sommeil avec ruminations nocturnes en lien avec le travail et de difficultés de concentration et indiquait qu'au terme du suivi, l'assurée souffrait toujours de troubles du sommeil et se sentait de plus en plus vulnérable, raison pour lesquelles il avait été convenu qu'elle consulte un psychiatre ;
- un rapport du 27 novembre 2023 de la Dresse D _____ qui expliquait qu'au début de la prise en charge, elle avait mis en évidence un épisode dépressif avec la présence d'un ralentissement psychomoteur, d'une thymie abaissée, d'une anhédonie, d'une aboulie, d'une fatigabilité accrue, d'une irritabilité, d'une diminution de l'estime de soi, de troubles du sommeil, d'un pessimisme au sujet du futur, une anxiété éprouvée et observée, des difficultés de concentration et des idées noires, raisons pour lesquelles elle avait introduit un traitement antidépresseur ; elle a ajouté qu'ensuite, elle avait constaté que le mobbing subi avait réactivé des symptômes de stress post-traumatique liés à d'anciens événements de mobbing et de harcèlement scolaire, lesquels n'étaient pas suffisamment stabilisés et avaient des conséquences sur l'estime et les relations interpersonnelles ;
- une lettre du 2 décembre 2023 de la recourante qui décrivait son parcours et ses ressentis, notamment d'avoir eu le sentiment que ses plaintes avaient été banalisées par l'expert, et qui estimait qu'elle aurait dû pouvoir bénéficier d'un délai de 3 à 5 mois pour pouvoir trouver un nouvel emploi.

Prenant position le 19 février 2024, l'intimée a estimé que ces nouvelles pièces ne remettaient pas en cause l'expertise. Elle a déposé l'avis du 18 décembre 2023 du Dr E _____ qui relevait que la présence d'idées noires entrainait en contradiction avec l'expertise qui retenait que l'assurée n'avait pas eu de pensées morbides ; le médecin-conseil constatait que les éléments rapportés n'étaient pas nouveaux, hormis le trouble de stress post-traumatique, qui n'était toutefois pas argumenté de manière solide et convaincante par la Dresse D _____ et dont les critères diagnostiques ne ressortaient pas de l'anamnèse (pas d'exposition à un événement traumatique, pas de souvenirs envahissants, pas d'évitement persistant des stimuli), étant précisé que le fait de « se sentir traumatisé », ce qui pouvait être le cas dans une situation de conflit au travail ou de harcèlement scolaire, ne devait pas être confondu avec le fait de souffrir d'un trouble de stress post-traumatique, qui était une maladie psychiatrique.

Dans une ultime détermination du 18 avril 2024, la recourante a soutenu que le rapport du Dr E _____ était erroné puisqu'il retenait qu'elle n'avait pas eu de pensées morbides, alors que selon l'enregistrement sonore, elle avait déclaré avoir eu des idées noires vers 14-15 ans, ainsi qu'à la suite de ce qui s'était passé dans son travail en 2022.

Cette écriture a été transmise à l'intimée et l'échange d'écritures a été clos le 23 avril 2024.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal n'y déroge expressément.

Posté le 5 juin 2023, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 3 mai 2023 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie selon la LAMal au-delà du 28 février 2023. Est principalement litigieuse, la capacité de travail qui lui a été reconnue par l'expert dès le 13 janvier 2023.

2.1 Conformément à son article 1a alinéa 1, la LAMal régit l'assurance-maladie sociale. Celle-ci comprend l'assurance obligatoire de soins et une assurance facultative d'indemnités journalières.

L'article 67 LAMal dispose que toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de 15 ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières (al. 1). Celle-ci peut être conclue sous la forme d'une assurance individuelle ou collective (al. 3). Aux termes de l'article 72 alinéa 1 LAMal, l'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées. Ils peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité. L'article 72 alinéa 2 précise que le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA). L'alinéa 3 ajoute que les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours.

Le versement d'une indemnité journalière par l'assurance-maladie est subordonné à l'existence d'une incapacité de travail, totale ou partielle. Il est toutefois admis qu'une incapacité de travail inférieure à 50% soit indemnisée lorsque les conditions générales de l'assureur le prévoient ou lorsque cela a été expressément convenu avec le preneur d'assurance (art. 73 al. 1 LAMal ; GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in Ulrich Meyer [éditeurs], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV Soziale Sicherheit [SBVR], 2^{ème} édition, 2007, no 1123 p. 783). Selon l'article 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, on peut raisonnablement exiger de l'assuré, conformément à son obligation de diminuer le dommage - qui est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2 ; 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités ; RIEMER-KAFKA, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Fribourg 1999, p. 57, 551 et 572, voir aussi p. 277 s. en ce qui concerne le droit à l'indemnité journalière dans l'assurance-maladie ; LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, thèse Zurich 1995, p. 61) -, qu'il utilise sa capacité de travail résiduelle dans un autre secteur d'activité professionnelle. Néanmoins, 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'alors est due - pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_546/2007 du 28 août 2008 ; RAMA 2000 KV 112 p. 122 consid. 3a p. 123 ; cf. aussi 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 (SJ 2000 II consid. 2b p. 440).

2.2 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 et 125 V 351 consid. 3a ainsi que les références ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a). À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c avec les références citées). En cas de divergence d'opinions entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in : SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les

conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3 ; 9C_885/2007 du 15 septembre 2008 consid. 3.2 et 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

3. En l'occurrence, pour mettre fin à ses prestations au 28 février 2023, l'intimée s'est fondée sur l'expertise du 20 janvier 2023 du Dr C _____. Ce dernier a retenu le diagnostic d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00), à l'origine d'une légère diminution de l'endurance en raison de l'affaiblissement de la motivation et de la volonté et une sensibilité quelque peu accrue au stress. Il a considéré qu'au jour de l'expertise, le 13 janvier 2023, l'assurée disposait d'une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle de peintre en bâtiment et qu'elle pourrait récupérer une pleine capacité d'ici au 15 mars 2023 grâce à la psychothérapie.

La recourante soutient que le rapport d'expertise ne retranscrit pas fidèlement ses déclarations et minimise ses symptômes, ce qui jetterait un doute sur la validité des conclusions de l'expert. Les remarques soulevées, concernant la fréquence de la conduite de la voiture, l'absence de libido et les idées noires, ont été discutées de manière convaincante par le médecin-conseil de l'intimée dans son avis du 12 avril 2023 (pièce 21), auquel la Cour se rallie et renvoie.

Ces éléments anamnésiques ne sont pas déterminants en tant que tels pour l'appréciation de la capacité de travail de la recourante. Le fait que la recourante ne conduise pas « régulièrement » mais uniquement « quand cela est nécessaire », ne signifie pas qu'elle rencontre des difficultés à prendre le volant et soit entravée dans sa capacité à conduire en raison de troubles psychiques. Elle ne le prétend d'ailleurs pas. En outre, le fait que l'assurée n'ait plus du tout de libido et non pas simplement une baisse dénote, dans les deux cas, un problème avec la notion de plaisir, élément que l'expert a dûment pris en compte dans son appréciation du diagnostic et de la capacité de travail. Quant aux pensées morbides (idées noires) que l'assurée a présentées à l'adolescence et qu'elle aurait à nouveau eues en 2022 à l'occasion des difficultés rencontrées au travail, la Cour observe que la psychologue qui a pris l'intéressée en charge au début de ses problèmes n'en a pas fait mention dans son rapport du 21 septembre 2023. Au demeurant, même en les retenant, il appert qu'au jour de l'expertise, l'assurée n'en a pas exprimées concrètement et qu'elle ne prétend pas en

avoir encore de manière récurrente. Contrairement à ce que prétend la recourante, cet élément ne suffit pas à mettre en doute les conclusions de l'expert, corroborées par le Dr E _____.

A l'instar de ces derniers, force est de constater que la Dresse D _____ n'a pas décrit d'éléments objectifs concrets à l'appui du diagnostic d'épisode dépressif sévère. Dans son rapport, la psychologue F _____ n'a non plus mentionné de symptômes plaidant en faveur d'un épisode dépressif sévère, étant rappelé que l'expert a pris en compte la baisse de l'humeur, la réduction de l'énergie, la diminution des intérêts et du plaisir, la baisse de l'estime de soi, la culpabilité, le pessimisme et les troubles du sommeil (cf. expertise p. 14 et 15). La Dresse D _____ n'a non plus exposé d'argument solide, dans son rapport du 27 novembre 2023, à l'appui de l'existence d'un trouble de stress post-traumatique. En effet, comme l'a expliqué de manière convaincante le Dr E _____ dans son avis du 18 décembre 2023, les critères diagnostiques pour retenir cette maladie psychiatrique ne sont pas remplis. Le simple fait qu'à l'occasion des conflits rencontrés au travail en 2022, l'assurée se soit remémorée des événements traumatiques survenus durant son adolescence est, à ce titre, insuffisant.

Dans le cadre de l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée, l'expert a retenu que celle-ci présentait une légère diminution à l'endurance et une sensibilité accrue au stress. L'intéressée ne conteste pas ces limitations et ne précise pas sous quel angle/quels aspects sa capacité de travail serait davantage impactée. Il en va de même de la psychiatre traitante, qui n'a pas cité de limitations psychiques spécifiques dans ses rapports des 24 mars 2023 et 19 mai suivant, mais a simplement estimé que sa patiente ne pouvait pas reprendre son emploi habituel en raison de la symptomatologie anxieuse et dépressive réactionnelle au « mobbing » subi. Cette position semble principalement fondée sur les déclarations et les ressentis de sa patiente et non sur des critères objectifs. Par ailleurs, la Dresse D _____ n'explique pour quelles raisons sa patiente ne serait pas en mesure de reprendre un poste de peintre en bâtiment, ailleurs que chez son employeur.

La recourante n'ayant pas à changer de profession, l'intimée n'avait pas à lui octroyer un délai adéquat d'adaptation (de 3 à 5 mois) et pouvait mettre fin au versement des indemnités journalières au 28 février 2023, date à laquelle l'assurée avait retrouvé une capacité de travail suffisante dans son secteur professionnel.

4. Au vu des éléments qui précèdent, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté. La décision sur opposition du 3 mai 2023 est par conséquent confirmée.

5. Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. f^{bis} LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAMal, ne prévoyant pas le prélèvement de frais de justice, ni alloué de dépens (art. 61 let. g *a contrario* LPGA et 91 al. 3 LPJA).

Par ces motifs,

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 13 mai 2025