

S2 21 22

**ARRÊT DU 26 AVRIL 2024**

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

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Pierre-André Moix, greffier

**en la cause**

**X** \_\_\_\_\_, recourante, représentée par Maître Y \_\_\_\_\_

**contre**

**Z** \_\_\_\_\_ **SA**, intimée

(Indemnités journalières maladie, art. 67 LAMal)

## Faits

**A.** X \_\_\_\_\_, née en 1970, travaillait à temps partiel en qualité de femme de ménage pour le compte de A \_\_\_\_\_ SA. Le personnel de cette société était au bénéfice d'une assurance collective d'indemnités journalières (selon la LCA) auprès de B \_\_\_\_\_ SA. A titre individuel, l'intéressée bénéficiait également une assurance d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie (selon la LAMal) auprès de Z \_\_\_\_\_ SA (ci-après Z \_\_\_\_\_ ou l'assurance).

**B.** Dans une déclaration d'incapacité de travail du 9 octobre 2019 adressée à Z \_\_\_\_\_ SA, l'assurée a indiqué qu'elle ne travaillait plus depuis le 16 septembre 2019 et a invoqué des troubles liés au cancer, des vertiges et un dos bloqué.

Interpellé par l'assurance, le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué dans un rapport du 13 décembre 2019 que sa patiente souffrait de vertiges, de fatigue chronique et de lumbago et qu'elle avait des difficultés à marcher droit, à porter plus de 5 kg et à effectuer des tâches de nettoyage. Il a en outre précisé que sur ces affections se greffaient des facteurs de vulnérabilité psycho-affective qui devraient être éclaircis par une évaluation psychologique.

Z \_\_\_\_\_ a fait appel au Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, afin de prendre position sur le dossier médical de l'assurée. Dans un avis du 29 janvier 2020, ce dernier a indiqué que l'intéressée avait présenté une symptomatologie chronique de fatigue et de vertiges, pour laquelle aucune cause objective ne pouvait être mise en évidence. L'assurée avait en outre été opérée le 17 septembre 2019 d'une lésion cutanée du bras droit (mélanome) avec reprise opératoire le 11 décembre suivant. Il a également évoqué la présence d'une rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH) nécessitant un traitement adapté. Il a précisé avoir contacté le médecin traitant de l'intéressée, le Dr E \_\_\_\_\_, qui estimait que la situation évoluait de façon favorable.

Le Dr D \_\_\_\_\_ a ensuite examiné l'assurée le 29 avril 2020. Dans un rapport du lendemain, il expliqua que l'assurée avait développé une symptomatologie de vertiges, de fatigue et de douleurs diffuses pour lesquelles aucune origine somatique objective n'avait pu être mise en évidence et qu'elle présentait une maladie anxieuse et dépressive chronique de degré léger à moyen. Compte tenu de ces éléments, il jugeait que l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant était probable et pouvait expliquer le caractère subjectif invalidant des symptômes présentés. Il estimait toutefois

qu'aucune affection somatique ou psychique ne pouvait justifier une incapacité de travail même partielle dans l'activité habituelle ou dans les emplois antérieurement pratiqués.

Dans une décision du 6 mai 2020, Z \_\_\_\_\_ a informé l'assurée qu'à la suite de l'examen du Dr D \_\_\_\_\_, une reprise de son travail à 100% pouvait être exigée et que cet avis était partagé par ses médecins traitants, les Drs E \_\_\_\_\_, F \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_. Le versement des indemnités journalières prendrait ainsi fin au 17 mai suivant.

Représentée par Me Y \_\_\_\_\_, l'intéressée s'est opposée à ce prononcé le 8 juin 2020, en contestant le fait que ses médecins traitants soient du même avis que le Dr D \_\_\_\_\_ quant à sa capacité de travail. Elle a affirmé que le dossier de l'assurance était incomplet et qu'il convenait de reprendre l'instruction médicale de son dossier tout en continuant à lui verser des indemnités journalières. Elle a joint à son envoi un avis médical du Dr C \_\_\_\_\_ du 28 avril 2020 dans lequel ce neurologue indiquait que sa patiente présentait un état de stress chronique qui aggravait ses vertiges et induisait toutes sortes de symptômes dans de multiples registres (digestif, oncologique, inflammatoire). Dès lors, il était justifié de maintenir l'incapacité de travail jusqu'à une amélioration de la situation. En raison de lombalgies non déficitaires, une physiothérapie antalgique et posturale était également préconisée.

L'assurée a complété son opposition par pli du 17 juin 2020. Elle a annexé à son écriture un rapport du Dr E \_\_\_\_\_ du 8 juin 2020 faisant état d'une dépression majeure avec atteinte somatoforme, favorisant les poussées de rectolite hémorragique, d'un mélanome sur le bras droit opéré à deux reprises en 2019 et de vertiges. Une attestation émise par la Dresse G \_\_\_\_\_, psychiatre et médecin assistante auprès du H \_\_\_\_\_ de I \_\_\_\_\_, qui indiquait que l'assurée était suivie dans le cadre d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) depuis le 23 octobre 2019, a également été jointe.

Cette psychiatre a également pris position sur requête de l'assurance dans un avis du 23 juillet 2020. Elle y rapportait des peurs et des angoisses en précisant qu'un traitement psychiatrique avec des entretiens réguliers et médicamenteux avait été mis en place. S'agissant de la capacité de travail, la Dresse G \_\_\_\_\_ estimait ne pas avoir d'éléments suffisants pour se prononcer sur cette question tout en ajoutant qu'une reprise du travail pourrait être envisagée de façon progressive et dans un contexte adapté aux limitations de l'intéressée.

Dans l'intervalle, le Dr C \_\_\_\_\_ avait également pris position le 19 juin 2020 en soutenant la poursuite d'une incapacité de travail totale, jugeant que le caractère subjectif des troubles de l'assurée devait être investigué plus avant, la souffrance psychique étant par nature subjective.

Nantie de ces avis médicaux, l'assurance a décidé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr J \_\_\_\_\_, psychiatre FMH. Par l'intermédiaire de son avocat, l'assurée a déclaré le 24 août 2020 ne pas avoir de motifs de récusation à faire valoir à l'encontre de ce spécialiste.

L'intéressée a été examinée par le Dr J \_\_\_\_\_ le 16 septembre 2020 et ce dernier a produit son rapport d'expertise le 26 novembre suivant. Il a estimé que l'assurée présentait un trouble dépressif de gravité moyenne avec des plaintes somatiques relativement atypiques qui paraissaient tout justifier selon elle. Les facteurs de surcharge étaient estimés importants avec des tests psychométriques massivement surcotés, de sorte que l'expert avait retenu une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Relevant que l'intéressée était capable d'organiser ses journées, d'effectuer ses tâches ménagères et d'avoir quelques loisirs, l'expert a au final estimé que la capacité de travail était entière sans baisse de rendement.

Z \_\_\_\_\_ a fait parvenir les pièces du dossier à son médecin-conseil, le Dr K \_\_\_\_\_. Dans un avis du 30 novembre 2020, ce dernier a estimé qu'il convenait de suivre les conclusions de l'expertise, lesquelles étaient pertinentes et convaincantes. Par décision sur opposition du 21 janvier 2021, l'assurance a dès lors confirmé sa décision initiale du 6 mai 2020, par laquelle elle avait mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 17 mai 2020.

**C.** Par écriture du 22 février 2021, X \_\_\_\_\_ a interjeté recours céans contre ce prononcé en concluant à la reprise du paiement des indemnités journalières postérieurement au 17 mai 2020. Elle a fait valoir qu'elle était assurée contre la perte de gain en cas de maladie auprès de Z \_\_\_\_\_ et de B \_\_\_\_\_ SA, et qu'à la suite de l'expertise du Dr J \_\_\_\_\_, cette dernière avait décidé de poursuivre le versement des indemnités journalières alors que Z \_\_\_\_\_ avait maintenu sa décision de mettre fin à ses prestations au 17 mai 2020. Il n'était pas possible d'avoir des conséquences opposées face à un état de fait unique, de sorte que Z \_\_\_\_\_ ne pouvait pas mettre fin à ses prestations. En outre, Z \_\_\_\_\_ ne s'était basée que sur l'expertise psychiatrique et avait omis de tenir compte de l'ensemble du tableau clinique.

Dans son mémoire, l'assurée a également requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours, laquelle lui a été accordée par décision présidentielle du 7 juillet 2021 (S3 21 24), Me Y \_\_\_\_\_ lui étant désigné comme avocat d'office.

Dans sa réponse du 12 mai 2021, Z \_\_\_\_\_ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition, sous suite de frais et de dépens. L'assurance a estimé que compte tenu des rapports d'expertise des Drs D \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_, aucune incapacité de travail n'était justifiée au-delà du 29 avril 2020. Elle a souligné que la recourante n'avait pas remis en cause les conclusions de l'expertise psychiatrique et qu'elle s'était contentée d'affirmer être incapable de travailler en raison de ses troubles neurologiques et de son état de santé global, tout en rappelant que c'était le Dr C \_\_\_\_\_ qui avait mis en avant que l'incapacité de travail était de nature psychologique alors qu'il n'était pas psychiatre, ajoutant que l'évaluation du cas de la recourante avait été fait en tenant compte de l'entier du tableau clinique (somatique et psychique).

La recourante a répliqué le 17 juin 2021 en indiquant que des rapports médicaux postérieurs à l'expertise du Dr J \_\_\_\_\_ n'avaient pas été pris en compte par l'assurance ce que par contre B \_\_\_\_\_ avait fait, avec pour conséquence que cette dernière avait poursuivi le versement de ses prestations, notamment en raison d'une opération survenue dans le courant du mois de janvier 2021. En vertu du principe de coordination des assurances sociales, il était incompréhensible que B \_\_\_\_\_ admette de prêter alors que Z \_\_\_\_\_ s'y refusait. Elle a donc maintenu ses conclusions, sous suite de frais et de dépens.

Z \_\_\_\_\_ s'est déterminée le 16 août 2021. Elle a exposé que le 9 février 2021, l'avocat de la recourante lui avait transmis un certificat d'incapacité de travail établi par le Dr C \_\_\_\_\_ qui faisait mention d'une hospitalisation ayant eu lieu à L \_\_\_\_\_ le 13 janvier précédent. Elle avait alors requis des précisions sur cette problématique à trois reprises, mais n'avait obtenu aucun document en retour de la part du mandataire de la recourante. Elle a ajouté que B \_\_\_\_\_ avait agi en tant qu'assureur LCA, soit en qualité d'assureur privé, alors qu'elle-même avait fourni des prestations sur la base d'une assurance perte de gain régie par la LAMal. Il n'y avait donc aucun principe de coordination à appliquer et il n'était pas arbitraire que Z \_\_\_\_\_ ait fait une appréciation différente de la situation médicale.

Par pli du 16 novembre 2023, la Cour de céans a requis de B \_\_\_\_\_ la production de son dossier concernant la recourante, qui lui a été transmis le 23 janvier 2024. Invitée à se déterminer sur ledit dossier, la recourante a déclaré par courrier du 15 février 2024 qu'elle n'avait pas d'observations particulières à faire valoir alors que l'intimée a souligné que l'OAI l'avait informé le 25 août 2022 de sa décision de refus de prestations, celle-ci ayant été contestée céans par recours du 24 septembre 2022 (S1 22 156). Z \_\_\_\_\_ a ainsi maintenu ses précédentes conclusions en renvoyant à ses précédentes écritures.

L'échange d'écritures s'est clos en l'absence de nouvelles remarques de la recourante sur cette dernière détermination.

### **Considérant en droit**

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), 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, à moins que la LAMal n'y déroge expressément.

Posté le 22 février 2021, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 21 janvier précédent 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.

2.1 Le litige porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières au-delà du 17 mai 2020, date à laquelle l'intimée a mis fin à leur versement. Plus particulièrement, il s'agit de déterminer si la recourante présentait une incapacité de travail pour cause de maladie au-delà de cette date.

2.2 Selon l'article 67 LAMal, 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 convenue sous la forme d'un contrat individuel ou collectif (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. Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA). Par ailleurs, le fait de s'être assuré pour une indemnité journalière d'un montant donné et d'avoir payé les primes correspondantes n'ouvre pas forcément le droit au versement de la somme assurée (ATF 110 V 318 consid. 5). L'assuré doit encore prouver l'existence d'une incapacité de travail et d'une perte de salaire ou de gain consécutive à la maladie (RAMA 2000 n° KV 137, p. 355 consid. 3c, K 14/00 ; cf. aussi ATF 130 V 35 consid. 3.2 et 3.3 ; Eugster, Krankenversicherung [E.], in : SBVR, Soziale Sicherheit, 3<sup>e</sup> éd., n° 1464 p. 842).

Le versement d'une indemnité journalière par l'assurance-maladie est ainsi subordonné à l'existence d'une incapacité de travail, totale ou partielle. 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. Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut établir dans quelle mesure l'assuré ne peut plus, en raison de l'atteinte à la santé, exercer son activité antérieure, compte tenu de sa productivité effective et de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger de lui (RAMA 2005 KV n°342 p. 356 ; ATF 114 V 281 consid. 1c). En cas d'incapacité de travail de longue durée, on peut raisonnablement exiger de l'assuré, conformément à son obligation de diminuer le dommage, qu'il utilise sa capacité de travail résiduelle dans un autre secteur d'activité professionnelle (ATF 129 V 463 consid. 4.2 ; 123 V 233 consid. 3c ; 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). Si une activité de substitution est exigible, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'ici et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession. La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle (arrêt 8C\_251/2012 du 27 août 2012 consid. 2 et les références, notamment à l'ATF 114 V 281).

**2.3** 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), 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. 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 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances 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, ainsi 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 ; 122 V 157 consid. 1c et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c

et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

En cas de divergence d'opinion 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 125 V 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 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 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 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).

**3.1** En l'espèce, l'intimée a fondé son appréciation sur les conclusions des expertises des Drs D \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_. Selon ces spécialistes, l'assurée était apte à reprendre une activité professionnelle au plus tard au 18 mai 2020. Le Dr D \_\_\_\_\_ avait notamment estimé qu'il n'existait aucune affection somatique ou psychique susceptible de justifier une incapacité de travail, la patiente paraissant enkystée dans sa symptomatologie et ses demandes financières.

Quant au Dr J \_\_\_\_\_, il a constaté que la recourante disposait de ressources (organisation de sa journée, effectuer les tâches ménagères, avoir des loisirs) et a relevé des discordances entre ses capacités à exercer certaines activités dans sa vie privée et son incapacité de travail. Il a posé des diagnostics de trouble dépressif de gravité légère et de majoration des symptômes physiques, lesquels étaient toutefois sans répercussion sur la capacité de travail.

Du point de vue psychiatrique, ces diagnostics ne sont pas véritablement mis en cause par les médecins traitants, la Dre G \_\_\_\_\_ du H \_\_\_\_\_ indiquant dans son rapport du 23 juillet 2020 que le discours de la patiente était cohérent, qu'elle était collaborante, vigilante et orientée aux 4 modes, sans troubles du cours ni du contenu de la pensée, sans troubles de mémoire et sans ralentissement psychomoteur. La thymie était considérée comme abaissée avec diminution du plaisir et de l'intérêt, éléments qui étaient toutefois insuffisants pour fonder un trouble psychiatrique incapacitant. Ces constatations, qui se recoupent avec celles notées par le Dr J \_\_\_\_\_ au cours de son examen clinique, ont conduit la Dre G \_\_\_\_\_ à conclure à l'absence d'éléments suffisants pour se prononcer sur la capacité de travail, mais la spécialiste estimait tout de même qu'une reprise du travail était envisageable de façon progressive et dans un contexte adapté à ses limitations.

La seule véritable voix divergente émane du Dr C \_\_\_\_\_, neurologue. Ce dernier affirme en effet dans plusieurs rapports (28 avril et 19 juin 2020) que l'incapacité de travail est entière, en mettant l'accent sur le caractère subjectif et invalidant des troubles de sa patiente. Cependant, du point de vue neurologique, il ne pose pas de diagnostic invalidant, se contentant de décrire une légère instabilité au funambule et une micro-ataxie au niveau des membres supérieurs, et insiste sur la forte composante de l'aspect psychoaffectif, avec des symptômes relevants (idées noires, évocation du suicide), qui justifient selon lui une incapacité de travail (rapport du 3 février 2020).

Du point de vue psychiatrique, les conclusions du Dr J \_\_\_\_\_, qui est spécialiste en psychiatrie au contraire du Dr C \_\_\_\_\_ et dont l'avis a été corroboré par les psychiatres du H \_\_\_\_\_ et par le médecin-conseil de l'intimée, le Dr K \_\_\_\_\_, doivent ainsi être suivies et la Cour se déclare convaincue par son appréciation de la capacité de travail de la recourante sur ce point.

La recourante estime que si B \_\_\_\_\_ a décidé de poursuivre le versement de ses prestations, il devrait en aller de même pour Z \_\_\_\_\_. Tel qu'il a été exposé ci-dessus, les conclusions des experts sur la capacité de travail sont convaincantes et le fait qu'une autre assurance ait jugé, pour des raisons qui lui sont propres, que le versement d'indemnités journalières devait se poursuivre, n'entraîne pas pour l'intimée la même obligation. En outre, le dossier de B \_\_\_\_\_ ne comporte aucune pièce médicale émanant de son médecin-conseil se prononçant sur la situation après que l'expertise du Dr J \_\_\_\_\_ a été rendue. Enfin, il convient également de relever que l'OAI, par décision du 25 août 2022, a refusé de mettre la recourante au bénéfice de

prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle était considérée comme apte à travailler dans n'importe quelle activité dès le 29 avril 2020.

Au terme de ces développements, il n'y a donc pas lieu de revenir sur le taux de capacité de travail médico-théorique tel qu'arrêté par les experts. L'intimée pouvait dès lors à juste titre considérer que la recourante avait retrouvé une pleine capacité de travail à partir du 29 avril 2020. La décision entreprise mettant un terme au versement des indemnités journalières au 17 mai 2020 doit ainsi être confirmée et le recours rejeté.

Il ne se justifie au demeurant pas de mettre en œuvre des moyens de preuves complémentaires (appréciation anticipée des moyens de preuve ; ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3).

**4.1** Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. a aLPGA et 83 LPGA).

**4.2** Par décision présidentielle du 7 juillet 2021 (S3 21 24), la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 février 2021, Me Y \_\_\_\_\_ lui étant désigné comme avocat d'office dès cette date. Aucun indice ne laissant penser que sa situation financière aurait changé, l'intéressée a droit à des dépens au tarif de l'assistance judiciaire.

Les dépens sont fixés compte tenu de l'importance et la complexité du litige. Pour la procédure devant la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 et 11 000 fr. (art. 61 let. g LPGA, art. 27 al. 1, 5 et 40 al. 1 de la loi du 11 février 2009 fixant le tarif des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives — LTar ; RS/VS 173.8).

De manière générale, l'autorité appelée à statuer sur les dépens doit veiller à ce que les honoraires soient objectivement en rapport avec la prestation fournie et la responsabilité engagée (ATF 122 I 1 consid. 3a ; 117 la 22 consid. 3a, arrêt 4A\_496/2009 du 2 novembre 2009 consid. 4.1). On tiendra compte de l'importance et des difficultés particulières de la cause, de la qualité et de l'étendue effective des prestations du mandataire, de sa responsabilité ainsi que du résultat obtenu. S'agissant de l'importance de la cause, elle est fonction de sa complexité et des valeurs en jeu (ATF 119 III 68 consid. 3b, 109 la 110 consid. 3b, 93 I 116 ; RVJ 1989 p. 146 consid. 4b). Ainsi pour déterminer le montant des honoraires, le juge ne prend en compte que le temps utilisé par l'avocat qui s'inscrit raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de sa tâche (ATF 109 la 107 consid. 3b, arrêt 5D\_54/2014 du 1<sup>er</sup> juillet 2014 consid. 2.2, RVJ 2009 p. 160 consid. 5 a) cc ). Le juge apprécie la durée de l'activité utilement déployée par

un avocat diligent en procédant par estimation en fonction du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie (RVJ 1994 p. 153 consid. 3c). Les opérations superflues, dépassant le travail effectivement utile, peuvent être éliminées (ATF 122 1 1 consid. 3a et 3c). A cet égard, l'autorité judiciaire jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 118 la 133 consid. 2d). Seront ainsi considérées comme des démarches superflues celles qui relèvent plus du soutien moral ou de l'aide sociale que de la conduite de la procédure (ATF 109 la 111 consid. 3b). Concernant les débours, la partie et l'avocat ont en principe droit à leur remboursement intégral s'ils sont justifiés, c'est-à-dire qu'ils apparaissent nécessaires et indispensables à la solution du litige (RVJ 2009 p. 160 consid. 5 a) cc), 2002 p. 315 consid. 2a).

Selon l'article 30 alinéa 1 LTar, le conseil juridique habilité à se faire indemniser en vertu des dispositions en matière d'assistance judiciaire perçoit, en sus du remboursement de ses débours justifiés, des honoraires correspondant au 70% des honoraires prévus aux articles 31 à 40, mais au moins à une rémunération équitable telle que définie par la jurisprudence du Tribunal fédéral.

En l'occurrence, le mandataire de la recourante a produit un recours de neuf pages et un bordereau d'une vingtaine de pages, une détermination de quatre pages reprenant principalement les arguments développés dans le recours et trois courriers d'une page dans un dossier de difficulté moyenne. Au terme de l'échange d'écritures, il a déposé un décompte d'opérations pour un temps total de 16 heures 14 minutes et des débours de 125 fr. 50, ce qui correspond à un montant total de 6159 fr. 80.

S'agissant des honoraires, ceux-ci doivent être évalués sans qu'il soit nécessaire de motiver précisément le calcul du montant alloué (arrêt 9C\_411/2016 du 21 novembre 2016 consid. 6.2). Comme indiqué, il sied d'apprécier le travail nécessaire ayant dû être accompli par l'avocat.

Après analyse de la note d'honoraires présentée par le mandataire du recourant, celle-ci mentionne 24 mails ou lettres adressées par mail à la cliente, soit près de quatre heures (228 minutes), ce qui est exagéré compte tenu des échanges d'écritures tenus dans la présente procédure. En outre, le temps de préparation de la réplique est excessif, le dossier étant déjà largement connu par le mandataire à ce moment de la procédure et l'intimée n'ayant pas développé de nouveaux arguments dans sa réponse au recours.

La recourante ayant été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, il y a lieu de fixer les honoraires en prenant en compte le 70% du tarif horaire usuel en Valais (260 fr.), conformément aux bases légales rappelées ci-dessus.

Ainsi, sur la base du dossier et en tenant compte des éléments précités et notamment de l'activité déployée par Me Y \_\_\_\_\_, il convient de s'écarter de son décompte et de fixer globalement les honoraires de l'avocat à 2500 fr. (TVA comprise), auxquels s'ajoutent des débours par 125 fr. 50. Dès lors, eu égard au tarif de l'assistance judiciaire, une indemnité de 1875 fr. 50 (70% de 2500 fr. + 125 fr. 50 de débours) sera versée à Me Y \_\_\_\_\_ par l'Etat du Valais (art. 8 al. 1 let.a LAJ).

Ce montant sera supporté provisoirement par la caisse de l'Etat du Valais, mais la recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser cette caisse si elle devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 10 LAJ ; RVJ 2000 152).

### **Prononce**

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais.
3. L'Etat du Valais versera à M<sup>e</sup> Y \_\_\_\_\_ la somme de 1875 fr. 50 au titre de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours.

Sion, le 26 avril 2024