

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 décembre 2010

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : MM. Dind et Jomini
Greffière : Mme Pasche

Cause pendante entre :

B. _____, à Renens, recourant,

et

U. _____ **SA**, à Lausanne, intimée.

Art. 72 al. 2 LAMal; 6 LPGA

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ressortissant du Kosovo né le 19 mars 1958, manoeuvre, était assuré auprès d'U. _____ SA (ci-après: U. _____ SA) pour une indemnité journalière couvrant le 80% du salaire assuré dès le 31e jour d'incapacité de travail, dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par son employeur, l'entreprise [...] à Lausanne. Le 16 mars 2006, l'assuré a été victime d'un accident sur un chantier, qu'il a décrit comme il suit à l'occasion d'un entretien du 30 mai 2007 avec un inspecteur de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA ou Suva):

«Je me trouvais sur le chantier d' [...] le 16.03.2006. Vers 08.00, je m'occupais de faire du béton et je m'étais rendu à la vanne d'eau pour l'ouvrir. Elle se trouvait dans un trou d'environ 1m de profondeur, étayé par des panneaux de bois. En voulant descendre dedans pour ouvrir l'eau, j'ai utilisé le carrelet, mis comme escalier pour descendre. En posant le pied gauche dessus, il a glissé et est parti en avant. Je suis alors tombé de ma hauteur contre le panneau en bois qui soutenait la terre. J'ai tapé avec le côté gauche à la mi-hauteur du dos. [...]

Comme indiqué par votre médecin, j'ai repris en novembre à 50% (1 jour plein, puis à la ½ journée à cause de la douleur - ça faisait comme des coups de couteau et des brûlures importantes). J'ai tenu ainsi jusqu'au 23.12.06, puis j'étais en vacances jusqu'au 15.01.07. J'ai alors repris à 50%, mais sur toute la journée. Ça allait, mais je n'ai pas fait de lourd et on me triait le travail. J'ai aussi profité de me rendre une dizaine de fois aux toilettes pour me reposer.

Le 16.04.07, j'ai revu le Dr E. _____ qui m'a refait 3 piqûres dans le dos pour atténuer la douleur, mais cela n'a rien fait.

Enfin, le 19.04.07, j'ai dû décoffrer une dalle avec une pioche en hauteur (env. 250 cm du sol). J'ai planté la pioche et en forçant pour tirer le panneau de coffrage, j'ai ressenti de nouveau une violente douleur du côté gauche dans le dos (même endroit que lors de la chute). [...].»

Dans un rapport médical intermédiaire du 11 juin 2007 à la CNA, le Dr E. _____, médecin traitant, a diagnostiqué une thoracotomie postérieure gauche, un status post fracture de la 8^{ème} côte gauche et une possible compromission des facettes 9-10-11 à gauche. Il a relevé que l'évolution de l'assuré était plus ou moins stable jusqu'au mois de mars 2007, où le patient travaillait à sa connaissance à 50 pour-cent. Au mois

de juin 2007, il présentait toujours des douleurs qui semblaient l'empêcher d'avoir une activité à 50 pour-cent. Le patient a bénéficié d'une dénervation D9-D10-D11 à gauche, après avoir effectué trois blocs positifs au même niveau, dont la réponse définitive de la symptomatologie au traitement serait évaluée après huit semaines. S'agissant de la reprise du travail, le Dr E. _____ a noté qu'elle pouvait se faire selon l'intensité des douleurs.

La CNA a pris en charge les suites du cas.

Dans un rapport médical du 14 août 2007 adressé au Dr Z. _____, médecin traitant auprès de la [...], le Dr E. _____ a constaté que la dénervation n'avait pas amené l'effet désiré, puisque le patient ressentait la même symptomatologie douloureuse gauche.

Dans le but d'évaluer sa capacité professionnelle, l'assuré a été hospitalisé du 9 au 31 octobre 2007 auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR), à Sion. A cette occasion, il a subi plusieurs examens, parmi lesquels une scintigraphie osseuse le 18 octobre 2007 et une IRM dorsale le 29 octobre 2007. Un consilium neurologique a en outre eu lieu le 24 octobre 2007. Dans son rapport du 31 octobre 2007, le Dr Y. _____, spécialiste FMH en neurologie, a posé les diagnostics de neuropathie des rameaux cutanés externes des branches dorsales D8 à D12 gauches et d'hypertonie de la musculature para-vertébrale dorsale basse à gauche.

Le Dr N. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en rhumatologie, et la Dresse C. _____, médecin assistante, de la CRR, ont rendu leur rapport le 15 novembre 2007. Ils ont posé le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles et les diagnostics secondaires de douleurs dorsales et costales chroniques, d'accentuation de la cyphose dorsale, de discrète scoliose, de séquelles de la maladie de Scheuermann et de contusion anamnestique du genou gauche. Ces médecins ont relevé ce qui suit sous la rubrique «appréciation et discussion» de leur rapport:

«Une année et demie après la chute, le patient se plaint d'une douleur dorsale persistante prédominant dans la partie gauche du grill costal inférieur. Aucune des thérapies effectuées jusqu'à présent n'aurait eu un impact significatif sur la douleur. L'incapacité de travail est totale.

Le status d'entrée montre une accentuation de la cyphose dorsale qui est peu mobile, une minime scoliose dorsale gauche compensée, une minime gibbosité dorsale gauche. On déclenche une douleur à la percussion sur le sommet de la cyphose et le bas de la colonne dorsale (environ D4-D10), à la mobilisation des apophyses épineuses dorsales de gauche à droite (environ D4-D10), à la mobilisation de la totalité du grill costale gauche et à la mobilisation du tronc dans toutes les directions. De tous les mouvements du tronc, c'est l'inclinaison droite qui provoque le plus de douleurs.

La scintigraphie osseuse du 18.10.2007 montre une accentuation minime de la captation en regard de la 9ème côte gauche, compatible avec un cal osseux.

L'IRM de la colonne dorsale du 29.10.2007 montre une accentuation de la cyphose dorsale et des séquelles d'une maladie de Scheuermann. Il n'y a pas d'anomalie du signal osseux significative, en particulier sur les images T2 fat sat ainsi que STIR. La petite protrusion discale D11-D12 ne peut pas expliquer les troubles. L'ensemble de la moelle dorsale est de morphologie et d'intensité normale. Le cône médullaire se termine à hauteur du T12-L1 normalement.

Le consilium neurologique du 24.10.2007 relève une hypoesthésie tactoalgique à gauche, correspondant au territoire des rameaux cutanés latéraux des branches dorsales des racines D8 à D12 environ. L'irritation de ces rameaux qui passent à proximité des facettes est bénigne sur le plan fonctionnel, et n'est pas à même d'expliquer l'intégralité du tableau douloureux. L'hypertrophie de la musculature paravertébrale dorsale basse s'explique probablement par une adaptation aux contraintes liées au trouble statique.

Les frottis de dépistage MRSA du 9.10.2007 étaient positifs. Un traitement de décontamination a été effectué. Les frottis de contrôle sont négatifs.

Le patient a suivi un programme de physiothérapie à sec et en piscine, comprenant des traitements passifs (thérapies manuelles, mobilisations de la colonne dorsale, TENS, mobilisation du tronc, stretching ischio-jambiers et des pectoraux), et de la thérapie active (exercice de mobilisation du tronc et de la respiration, exercices de renforcement des muscles du tronc, auto-étirements des ischio et des pectoraux). Il a participé aux traitements en groupes en piscine, à l'entraînement thérapeutique et à la marche lente de 45 min.

A la fin du séjour, le patient ne signale aucune amélioration, si ce n'est une discrète de sa posture. Objectivement il y a une amélioration de l'extensibilité musculaire. Nous ne proposons pas de poursuite ambulatoire de la physiothérapie. Le patient a appris des exercices qu'il pourra effectuer à la maison.

Nous retenons le diagnostic de douleurs dorsales et costales d'origine non spécifique, car leur cause exacte ne peut pas être précisée avec les examens effectués. Le trouble statique et l'enraidissement costo-vertébral peuvent être des facteurs favorisants.

Le tableau clinique actuel n'a plus grand chose à voir avec le traumatisme du 16.03.2006. Par conséquent, aucune incapacité de travail «accident» n'a été reconnue. Par contre, le trouble statique significatif et l'état douloureux justifient une incapacité de travail totale «maladie» de longue durée, dans la profession de manœuvre sur les chantiers. Un changement d'activité professionnelle est indiqué. Dans une activité légère, ne nécessitant pas de ports de charges lourdes, autorisant l'alternance des positions assises et debout, la marche et ne demandant pas l'adoption de postures très contraignantes pour le dos, il y a une pleine capacité de travail.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE D'OUVRIER SUR LES CHANTIERS:

- 100% (LAA) du 9.10.2007 au 31.10.2007.
- 100% (Lamal) dès le 01.11.2007 à longue durée, dans la profession d'ouvrier sur les chantiers.»

[...] a annoncé une incapacité de travail de son employé à partir du 1^{er} novembre 2007.

Dans un certificat médical du 21 novembre 2007 à U. _____ SA, le Dr Z. _____ a observé qu'à la suite de sa fracture de la 9^{ème} côte gauche, le patient avait développé une pseudarthrose qui s'était spontanément soudée. Il présentait depuis de très fortes douleurs à tous les mouvements. On ne pouvait, de l'avis du médecin traitant, s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail, des mesures sur le plan professionnel étant éventuellement indiquées en la forme d'un travail léger assis. Dans son rapport d'évaluation des aptitudes physiques du 22 novembre 2007, le Dr Z. _____ observait que l'assuré pourrait probablement exercer à temps complet des activités uniquement en position assise, avec un rendement de 100 pour-cent. Il pouvait exercer des activités uniquement en position debout durant 10 à 15 minutes, avec un rendement de 50 pour-cent. Quant aux autres travaux (activités exercées principalement en marchant, se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, rotation en position assise/debout, soulever/porter, monter sur une échelle/un échafaudage, monter des escaliers), ils ne pouvaient être exigés de l'assuré selon son médecin traitant. Le 22 novembre 2007, le Dr Z. _____ a encore complété un certificat médical Assurance collective d'indemnité journalière, y posant le diagnostic de dorsalgies gauches, avec un traitement ayant débuté le 1^{er} novembre 2007. Selon ce praticien,

le pronostic était mauvais et l'incapacité de travail de 100% dès le 1^{er} novembre 2007 pour une durée indéterminée.

Par décision du 10 décembre 2007, faisant suite à un courrier du 2 novembre 2007, la CNA a mis fin à ses prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement) avec effet au 31 octobre 2007, au motif que selon son médecin d'arrondissement, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (statu quo sine) pouvait être considéré comme atteint le 1^{er} novembre 2007 au plus tard, date dès laquelle son incapacité de travail et le traitement médical n'étaient plus à la charge de l'assurance-accidents mais de l'assurance-maladie.

La médecin-conseil d'U. _____ SA, la Dresse K. _____, médecin interniste FMH, a examiné le dossier de l'assuré et indiqué dans son rapport du 18 décembre 2007 que celui-ci présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

B. Par décision du 30 janvier 2008, U. _____ SA a mis fin, avec effet au 31 mai 2008, au versement des indemnités journalières allouées à l'assuré depuis le 1^{er} décembre 2007, lui accordant un délai d'adaptation de 4 mois afin de rechercher une nouvelle activité adaptée. En substance, U. _____ SA a retenu que les évaluations médicales montraient qu'il était possible que l'assuré ait un rendement de 100% dans une activité physique légère, allégeant le dos et permettant d'alterner les positions, et qu'il bénéficierait d'un délai d'adaptation de 4 mois.

Par courrier du 15 février 2008, [...] a informé l'assuré que son contrat de travail prendrait fin définitivement le 31 mai 2008.

Le 19 février 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente et de mesures pour une réadaptation professionnelle. Il précisait qu'il percevait un revenu brut mensuel de [...] de 5'340 francs.

Par acte du 28 février 2008, l'assuré s'est opposé à la décision rendue le 30 janvier 2008 par U. _____ SA. En substance, il relevait qu'U. _____ SA ne l'avait même pas vu pour pouvoir juger de son état de santé, qu'il ne parvenait pas à dormir plus de trois heures consécutives, qu'il était dès lors toujours fatigué, présentait des vertiges, ne parvenait pas à marcher plus de 30 minutes sans ressentir des brûlures très vives de la côte gauche de son dos jusqu'à la nuque, si bien qu'il lui était impossible de travailler actuellement, même dans un métier adapté. Il n'avait pu s'inscrire au chômage dans la mesure où il était en incapacité à 100% et demandait à U. _____ SA qu'elle lui indique les métiers adaptés qui lui permettraient, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS), de réaliser un salaire annuel de 55'744 fr. 20, rappelant qu'aucun employeur ne paierait plus de 50'000 fr. pour un ouvrier sans qualification comme lui.

Par courrier du 15 avril 2008 à U. _____ SA, le Dr T. _____, médecin interniste et cardiologue FMH, a indiqué qu'il n'avait vu l'assuré qu'à une occasion le 4 mars 2008. L'examen cardio-vasculaire était tout à fait normal, de même que l'ECG et l'échocardiographie, si bien qu'il avait conclu à une dyspnée non cardiogène.

Dans un certificat médical du 1^{er} juin 2008 à U. _____ SA, le Dr Z. _____ a décrit les symptômes actuels de son patient en ces termes: «Persistance de douleurs invalidantes thoraciques gauches». Il était d'avis que le pronostic était réservé et qu'il n'y avait pas d'amélioration prévisible. S'agissant des limitations qu'il avait observées dans l'activité exercée jusqu'alors, il notait une difficulté à travailler avec les mains et à garder la même position, le travail de force étant impossible. Il précisait que les aptitudes physiques de l'assuré étaient réduites, dès lors qu'il lui était impossible de garder longtemps la même position et qu'il présentait des douleurs à la mobilisation des bras. Il constatait qu'il était indiqué d'envisager une reprise dans un travail léger et mobile, estimant qu'une réinsertion dans des travaux légers n'était actuellement pas possible mais qu'une expertise CNA la décrivait comme possible pour l'avenir. Dans le cadre de l'évaluation des aptitudes physiques de son patient, le Dr

Z._____ estimait qu'il pouvait exercer des activités dans différentes positions, probablement avec un rendement de l'ordre de 25 à 50% en raison de douleurs. Son patient pouvait également exercer des activités avec rotation en position assise/debout, mais pas à temps complet en raison de douleurs à la répétition de ce mouvement qui devait rester occasionnel. L'assuré pouvait en outre monter les escaliers si cela demeurait occasionnel et soulever/porter des charges d'un kg près du corps. Le Dr Z._____ précisait que la reprise du travail devrait être progressive et qu'il faudrait éviter tout changement brusque de position ou d'intensité de rythme.

Dans son mémo adressé le 20 juin 2008 à U._____ SA, la Dresse K._____ a relevé ce qui suit:

«Après étude du dossier, je n'ai pas de raison de changer d'avis.

L'assuré souffre des diagnostics:

- fracture et pseudarthrose guérie de la septième côte gauche (16.3.2006)
- douleurs persistantes de la septième côte gauche postérieurement
- F99 surajouté (trouble somatoforme douloureux)

Le médecin traitant, le Dr J. Z._____ décrit dans son certificat du 01.06.2008 qu'il est impossible pour l'assuré de garder la même position. Douleurs à la moindre élévation des bras. Cela ne justifie pas une incapacité totale de travail à 100%.

Nous pouvons exiger de l'assuré une capacité de travail entière dans des travaux légers et alternance de position, sans sollicitation importante du dos et avec les bras pendant. Du point de vue intellectuel, il n'y a pas de limitation. Du point de vue physique, une activité lourde d'aide de chantier n'est naturellement plus possible au vu d'une récurrence des douleurs costales. L'activité exercée jusqu'en 2006 (aide de chantier) n'est plus possible car trop lourde. Par contre, une activité adaptée comme décrite est parfaitement exigible.»

Par projet de décision du 15 juillet 2008, confirmé par décision du 6 novembre 2008, l'Office de l'AI pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a accordé à l'assuré une rente entière du 1^{er} mars 2007 au 31 janvier 2008. L'assuré a recouru devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud contre cette décision le 1^{er} décembre 2008 (AI 602/08). Par décision du 14 décembre 2010, la Cour des assurances sociales a rendu le dispositif suivant :

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 6 novembre 2008 est confirmée en tant qu'elle reconnaît à B._____ le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2007 au 31 janvier 2008.
- III. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 6 novembre 2008 est annulée en tant qu'elle refuse le droit à des mesures professionnelles, le dossier étant renvoyé à l'intimé afin qu'il procède conformément aux considérants du présent arrêt.
- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens."

Par décision sur opposition du 23 octobre 2008, U._____ SA a confirmé sa décision du 30 janvier 2008.

C. B._____ a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud par acte du 21 novembre 2008. Il conclut à son annulation et à la prise en considération d'une incapacité de travail entière, le versement des indemnités journalières avec effet rétroactif depuis le 1^{er} juin 2008 étant ordonné. En substance, il fait valoir qu'il a entrepris toutes les mesures nécessaires pour assurer sa réadaptation et la reprise d'une activité professionnelle dans une profession plus légère, mais que sa capacité de travail a diminué de manière irrémédiable, arguant en outre du fait qu'une inscription à l'assurance-chômage présuppose une capacité entière de travail, qu'il ne présente pas. Il a notamment produit en annexe à son recours un certificat médical du Dr E._____ du 18 novembre 2008 à la teneur suivante:

«Je soussigné confirme que le patient susmentionné, que j'ai déjà suivi au mois d'août 2007, est revenu à ma consultation d'antalgie le 11 novembre 2008.

La symptomatologie douloureuse médio-thoracique, en particulier à gauche, reste inchangée, malgré les traitements instaurés et la SUVA à Sion.

J'ai prévu de revoir le patient pour des gestes infiltratifs.»

Dans sa réponse du 16 décembre 2008, U._____ SA conclut au rejet du recours. Elle fait notamment valoir que tant les médecins de la CNA, de l'AI et les siens ont admis que le recourant avait une capacité de travail, ce dont ce dernier n'apporte pas la preuve contraire. S'agissant du délai pour changer de profession, l'intimée considère que le recourant est relativement jeune puisqu'il lui reste en principe 14 ans d'activité professionnelle, qu'il est au bénéfice d'un CFC de mécanicien, qu'il possède un bon niveau oral de français et des connaissances d'italien, qu'il est vraisemblablement intégré en Suisse et que sa situation ne peut justifier un délai d'adaptation supérieur à 4 mois. Elle a produit son dossier et requis production du dossier de la CNA et de l'OAI ainsi que de celui de l'assurance-chômage dans la mesure où le recourant s'était inscrit auprès d'une caisse de chômage.

Sur requête de la juge instructrice, l'assuré a répondu par courrier du 26 décembre 2008 qu'il n'était pas inscrit auprès d'une caisse de chômage et qu'il n'avait pas effectué des démarches auprès d'un Office régional de placement.

Dans sa réplique du 2 février 2009, le recourant maintient qu'il est incapable d'exercer à temps complet même une activité adaptée. Il explique en outre que ses médecins traitants retiennent que son incapacité de travail demeure inchangée après le 31 mai 2008, qu'une période de 4 mois est insuffisante pour changer de profession compte tenu des exigences du monde du travail et qu'aucun employeur n'acceptera d'engager un employé dans son état. Il fait enfin valoir que l'OAI lui a reconnu un taux d'invalidité de 26,35% dès le 1^{er} février 2008 et exige qu'U._____ SA continue à lui verser des indemnités journalières au-delà du 31 mai 2008. Il produit en outre un certificat médical du 22 janvier 2009 du Dr Z._____, dans lequel ce praticien certifie que les douleurs invalidantes thoraciques gauches dont souffre l'assuré restent inchangées depuis son accident du 16 mars 2006.

Par avis du 2 mars 2009, la juge instructrice a informé les parties que les dossiers de l'OAI et de la CNA avaient été produits et leur a imparti un délai pour déposer leurs déterminations.

Dans sa duplique du 1^{er} avril 2009, l'intimée relève que le délai d'adaptation de 4 mois est suffisant et renvoie pour le surplus à sa décision sur opposition s'agissant du taux d'invalidité arrêté par l'AI, qui ne la lie pas.

Dans une écriture du 6 avril 2009, le recourant relève qu'il est indéniable que sa capacité de gain est diminuée en raison de la maladie dès le 1^{er} novembre 2007 dans la profession d'aide ouvrier du bâtiment. Il se dit prêt à se soumettre à des mesures de reconversion professionnelles à 50% seulement, tandis qu'une demi-rente d'invalidité doit lui être octroyée pour l'autre part. Il est d'avis que le délai de quatre mois d'indemnités journalières est insuffisant compte tenu de son âge, de sa formation et de ses connaissances limitées de la langue, faisant valoir qu'une reconversion professionnelle exigerait beaucoup de temps et qu'il doit absolument bénéficier des indemnités journalières pour encore quelques mois dès lors qu'il ne dispose d'aucun autre revenu. Il sollicite que l'intimée continue à lui verser les indemnités journalières jusqu'à la réussite de sa reconversion professionnelle.

Dans ses observations du 30 avril 2009, l'intimée maintient sa position, rappelant que l'assuré n'a pas satisfait à son obligation de coopération.

D. Le dossier de l'OAI a été produit. Il en résulte notamment un rapport médical du 17 octobre 2006 adressé à la CNA par le Dr W._____, chef de clinique auprès du Service de chirurgie thoracique et vasculaire du CHUV, selon lequel un CT-scan thoracique a démontré l'absence de pseudarthrose avec bonne guérison de la fracture costale. Figure également au dossier de l'OAI un questionnaire de l'employeur complété le 18 mars 2008, dont il ressort que sans atteinte à la santé, l'assuré gagnerait 69'420 fr. par année dans son ancienne activité d'aide ouvrier.

S'y trouve également un rapport médical du 28 mai 2008 Dr M._____,
anesthésiologue FMH, du Service médical régional AI (ci-après: SMR) à la
teneur suivante:

«Cet assuré de 50 ans, manœuvre de chantier, a fait une chute
au travail le 16.03.2006 avec fracture de la 7^{ème} côte gauche; la
consolidation a tardé, et des douleurs résiduelles de type neuropathiques
persistent, accompagnées de dorsolombalgies sur base de cyphose. La
SUVA a bouclé le cas en concluant à une CT de 100% dans une activité
adaptée, à la suite d'un séjour à la CRR de Sion, au 31.10.2007.
L'assurance perte de gain maladie U.____ SA a abouti aux mêmes
conclusions dans son instruction du cas et termine ses prestations au
31.05.2008.»

Le Dr M._____ a retenu que dans une activité adaptée, la
capacité de travail exigible de l'assuré était de 100%, avec les limitations
fonctionnelles suivantes: pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de
porte-à-faux, alternance des positions debout et assis. Quant à l'atteinte
principale à la santé, elle consistait en des dorsalgies sur troubles
statiques.

E. Le dossier de la CNA a été produit. Il en ressort notamment
que le salaire mensuel présumable de l'assuré pour 2007 est de 5'240 fr.
versé 13 fois, et de 5'340 fr. par mois en 2008, également versé 13 fois.

E n d r o i t :

1. A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD
(loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure
administrative; RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les
causes pendantes devant les autorités de justice administrative à l'entrée
en vigueur de ladite loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui a
succédé au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93
al. 1 let. a LPA-VD).

Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. Est en l'espèce litigieux le droit du recourant à des indemnités journalières pour perte de gain de la part de l'intimée au-delà du 31 mai 2008. La présente contestation porte sur l'application de normes de droit public régissant l'assurance-maladie sociale conformément aux articles 67 ss LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10).

3. a) A teneur de l'art. 67 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur (al. 1). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective (al. 3, première phrase).

Aux termes de l'art. 72 al. 2, première phrase, LAMal, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA). Est considéré comme incapable de travailler l'assuré qui, à la suite d'une atteinte à la santé, ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée, ou encore avec le risque d'aggraver son état (ATF 129 V 51, consid. 1.1 in fine et les références). Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut, selon la jurisprudence, 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; en revanche, la seule estimation médico-théorique de l'incapacité de travail n'est pas

déterminante (TF 9C_546/2007 du 28 août 2008, consid. 3.3 et les références).

Le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage; ATF 129 V 460 consid. 4.2 p. 463, 114 V 281 consid. 1d p. 283). Ce principe a été codifié à l'art. 6 deuxième phrase LPGA, qui prévoit qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité raisonnablement exigible peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Dans l'hypothèse où un assuré, en vertu de son obligation de diminuer le dommage, doit s'astreindre à changer de profession, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat - pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'à présent est due - pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi (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) (TF 9C_546/2007 précité, consid. 3.4 et les références). A l'issue du délai, le droit à l'indemnité journalière, le 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 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 (ATF 114 V 286 consid. 3c in fine; TFA K 31/04 du 9 décembre 2004, K 121/03 du 10 août 2004 et K 191/00 du 21 août 2001) (cf. TF K 56/05 du 31 août 2006, consid. 3.3).

b) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle

qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 plutôt que sur une autre. Concernant la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par l'assuré, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2 et les références).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées par l'assureur pour résoudre un cas litigieux, dans toute la mesure où les rapports y relatifs remplissent les exigences requises (cf. TF I 110/06 du 9 février 2007, consid. 1.3 in fine). A l'inverse, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré ne doivent être admises qu'avec réserve; il convient en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (cf. ATF 125 V 351, consid. 3 et les références; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). On ne saurait ainsi remettre en cause les conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration, respectivement procéder à de nouvelles investigations, du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion divergente; 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 (cf. TF 9C_220/2007 du 7 avril 2008, consid. 4.4; TF 9C_142/2008 du 16 octobre 2008, consid. 2.2 et les références).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision 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; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (TF 9C_312/2008 du 24 novembre 2008, consid. 6.1 et les références).

4. En l'espèce, l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 1^{er} juin 2008, au motif que, ainsi qu'il résultait notamment de l'examen du 18 décembre 2007 de la Dresse K._____, il serait possible à l'assuré d'exercer à 100% une activité physique légère, allégeant le dos et permettant d'alterner les positions. Un changement d'activité pouvait être exigé de l'assuré à partir du 15 novembre 2007, un délai de 4 mois dès le 30 janvier 2008 lui étant accordé pour lui permettre de mettre à contribution sa capacité de travail dans une profession adaptée. Le recourant conteste pouvoir exercer à temps complet même une activité adaptée, estimant qu'il résulte des avis de son médecin traitant, le Dr Z._____, qu'il présente des douleurs invalidantes thoraciques gauches inchangées depuis son accident du 16 mars 2006 et se référant également aux avis du Dr E._____ selon lequel la symptomatologie douloureuse médico-théorique, en particulier à gauche, reste inchangée malgré les traitements instaurés et la Suva à Sion. Il fait encore valoir qu'il lui est impossible de changer de profession en quatre mois et qu'aucun employeur n'acceptera de contacter un employé dans son état de santé.

a) Sur le plan somatique, le Dr W._____ constate dans son rapport du 17 octobre 2006 l'absence de pseudarthrose et la bonne guérison de la fracture costale. Selon le rapport du Dr N._____ et de la Dresse C._____ de la CRR du 15 novembre 2007, la capacité de travail

du recourant est nulle dans la profession de manœuvre sur les chantiers mais reste entière dans une activité adaptée, avec les limitations fonctionnelles suivantes: activité légère, ne nécessitant pas de port de charges lourdes, autorisant l'alternance des positions assises et debout. Quant à la Dresse K._____, médecin-conseil de l'intimée, elle indique également dans son rapport du 18 décembre 2007 que l'assuré présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Le 15 avril 2008, le Dr T._____ relève que l'examen cardio-vasculaire de l'assuré est tout à fait normal, de même que l'ECG et l'échocardiographie, concluant à une dyspnée non cardiogène. Le Dr M._____ du SMR conclut quant à lui également dans son rapport du 28 mai 2008 que l'assuré présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans son mémo du 20 juin 2008, la Dresse K._____ confirme après étude du dossier que l'on peut exiger de l'assuré une capacité de travail entière dans des travaux légers et alternance de position, sans sollicitation importante du dos et avec les bras. Elle observe que le constat du Dr Z._____, selon lequel il est impossible pour l'assuré de garder la même position et selon lequel il présente des douleurs à la moindre élévation des bras, ne justifie pas une incapacité totale de travail à 100 pour-cent.

Le Dr E._____, médecin traitant, constate quant à lui dans son rapport du 11 juin 2007 que la reprise du travail du recourant pourrait se faire selon l'intensité des douleurs. Dans son rapport médical du 14 août 2007, il relève que malgré la dénervation, le patient ressent la même symptomatologie douloureuse gauche. Ce médecin observe dans son certificat médical du 18 novembre 2008 que le patient, qu'il avait déjà suivi au mois d'août 2007, est revenu à sa consultation d'antalgie le 11 novembre 2008 et que la symptomatologie douloureuse, en particulier à gauche, reste inchangée.

Quant au Dr Z._____, également médecin traitant du recourant, il observe que son patient présente de très fortes douleurs à tous les mouvements (rapport médical du 21 novembre 2007 à U._____ SA). Dans le cadre de son rapport d'évaluation des aptitudes physiques de

l'assuré du 22 novembre 2007, le Dr Z._____ constate que celui-ci pourrait probablement exercer à temps complet des activités uniquement en position assise, avec un rendement de 100 pour-cent. Dans son rapport du 1^{er} juin 2008 à U._____ SA, le Dr Z._____ observe une persistance de douleurs invalidantes thoraciques gauches, sans améliorations prévisibles. Il relève qu'il est indiqué d'envisager une reprise dans un travail léger et mobile, la reprise du travail devant être progressive et tout changement brusque de position ou d'intensité de rythme devrait être évité.

b) Au terme d'une appréciation de l'ensemble des avis médicaux au dossier, la Cour de céans estime qu'il y a lieu de retenir que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles objectives définies par la CRR, le SMR et la Dresse K._____, le recourant conserve une pleine capacité de travail dès le mois de novembre 2007. S'agissant plus particulièrement du rapport des Dr N._____ et C._____ de la CRR, il y a lieu de constater qu'il se fonde sur des examens complets (rapport de physiothérapie, scintigraphie osseuse du 18 octobre 2007, consilium neurologique du 24 octobre 2007 et IRM dorsale du 29 octobre 2007) et décrit clairement le contexte médical ainsi que l'appréciation de la situation médicale. Il décrit également sous la rubrique «appréciation et discussion» les plaintes du patient. Seule l'anamnèse n'y est pas clairement mentionnée, mais il est fait référence au rapport de consultation de neurologie, lequel fait état d'un rappel anamnestique. Le rapport du 15 novembre 2007 des médecins de la CRR répond donc aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder valeur probante.

Quant aux rapports des médecins traitants du recourant, au demeurant peu étayés, ils n'excluent pas une reprise d'activité, mais observent que celle-ci devrait être progressive et qu'il faudrait éviter tout changement brusque de position ou d'intensité du travail (certificat médical du 1^{er} juin 2008 du Dr Z._____ à U._____ SA relatif à l'évaluation des aptitudes physiques). Ils ne font pour le surplus pas état d'une aggravation de l'état de santé du recourant, ni d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par les médecins de la

CRR, du SMR et d'U. _____ SA, et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause leur appréciation.

Il convient ainsi de considérer que le recourant présente une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce depuis le mois de novembre 2007.

5. Il reste à examiner si l'intimée était fondée à cesser le versement de l'indemnité journalière à partir du 1^{er} juin 2008.

a) Il est constant que le recourant n'était pas empêché de satisfaire à son obligation de diminuer le dommage (cf. supra ch. 4). Compte tenu de l'ensemble des circonstances, on pouvait raisonnablement exiger de lui qu'il recherchât une nouvelle activité professionnelle. En fait, le temps d'adaptation imparti au recourant a été de quatre mois, lequel apparaît approprié à la situation attendu que l'assuré savait depuis la décision du 30 janvier 2008 que l'indemnité journalière lui serait allouée jusqu'au 31 mai 2008 pour lui permettre de rechercher un travail adapté et que le versement de celle-ci cesserait à partir du 1^{er} juin 2008.

b) Il convient encore de procéder à la comparaison des revenus du recourant, sans atteinte à la santé dans la profession de manœuvre, et avec atteinte à la santé dans une activité légère, pour déterminer si l'assuré subit depuis le 1^{er} juin 2008 une perte de gain éventuelle.

Pour que l'intimée, qui indemnise à certaines conditions une incapacité de travail à partir de 25% (art. 13.1 des conditions générales d'assurance pour l'assurance indemnités journalières collective, édition du 1^{er} janvier 2007), soit tenue d'octroyer l'indemnité journalière au-delà du 31 mai 2008, il faut que le recourant ne puisse réaliser dans une activité de substitution plus que le 75% du revenu qui aurait été le sien dans son activité de manœuvre sans l'atteinte à la santé (ATF 114 V 287, consid. 3d; TF K 56/05, consid. 5.2).

En ce qui concerne le revenu que le recourant aurait pu réaliser sans la survenance de l'atteinte à la santé, il y a lieu de confirmer le montant de 68'120 fr. retenu, qui, conformément aux indications de l'employeur ressortant du dossier de la CNA, correspond en 2007, qui est l'année de référence pour la comparaison des revenus, à un salaire mensuel de 5'240 fr. versé 13 fois.

Il convient de se référer aux données statistiques ressortant de l'ESS (ATF 126 V 76 s. consid. 3b/bb) pour calculer le revenu du recourant atteint dans sa santé. Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de sa part dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est donc celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), à savoir 4'732 fr. par mois - valeur en 2006 - part au 13ème salaire comprise (L'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1, niveau de qualification 4), soit 56'784 fr. par année. Ce revenu hypothétique représente, compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2009, p. 90, table B 9.2), un revenu annuel de 59'197 fr. 32 ($[56'784 \text{ fr.} \times 41,7] : 40$). Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2006 (+1,6, La Vie économique, 10-2009, table B 10.2), on obtient un revenu annuel de 60'144 francs 48.

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 79 s. consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). Dans le cas particulier, l'intimée

considère qu'il n'y a pas lieu d'effectuer une déduction, et que seule une déduction de 10% au maximum aurait pu être effectuée. A cet égard, il y a lieu de considérer que compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré, une déduction de 10% aurait dû être retenue par l'intimée. Il en résulte ainsi un revenu annuel avec invalidité de 54'130 francs.

Il résulte de la comparaison des revenu que le revenu annuel de 54'130 fr. que le recourant, atteint dans sa santé, aurait pu réaliser dans une activité adaptée dépasse le 75% du salaire qui serait le sien s'il avait continuer de travailler comme manoeuvre sans la survenance de l'atteinte à la santé (68'120 fr. x 75 : 100 = 51'090 fr.).

Il y a dès lors lieu de constaté que l'intimée n'était plus tenue d'octroyer l'indemnité journalière à partir du 1^{er} juin 2008.

6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise. Il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument de justice (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, au demeurant non assisté, qui succombe (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 rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 23 octobre 2008 par U. _____ SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- M. B. _____,
- U. _____ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :