

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 octobre 2018

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Brélaz Braillard et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

Q._____, à [...], intimée, représentée par Me Isabelle Jaques, avocate à
Lausanne.

Art. 3 et 61 al. 1 let. c LPGA ; art. 72 LAMal

E n f a i t :

A. **a)** P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé pour le compte de la société L._____ Sàrl depuis 2005 en qualité de manœuvre dans la construction métallique (serrurier). A ce titre, l'intéressé était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) et bénéficiait également d'une assurance collective d'indemnités journalières maladie LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10) auprès de Q._____ SA (ci-après : également l'intimée).

b) Le [...], sur le chantier du [...], rue [...] à [...], une bagarre est intervenue entre deux protagonistes. A cette occasion, l'assuré s'est interposé et a été blessé. A teneur du jugement du Tribunal de police de l'arrondissement de [...] du [...], il est retenu que, durant l'altercation, l'assuré est tombé au sol et a reçu des coups de pied et de poing sur tout le corps.

S'agissant des lésions occasionnées, selon le rapport du 28 avril 2009 établi par la Dresse Z._____, médecin-assistante au Centre [...] (ci-après : Centre hospitalier F._____), des contusions multiples étaient diagnostiquées. A teneur du rapport du 29 avril 2009, la Dresse U._____, spécialiste en chirurgie au Centre médical M._____, a quant à elle posé les diagnostics de fissure des 6^{ème} et 7^{ème} côtes gauches, de contusions multiples et de traumatisme crânio-cérébral (TCC) mineur. Le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a en outre établi un constat de coups et blessures daté du 15 mai 2009 aux termes duquel il a posé les diagnostics de traumatisme crânien simple, d'état de stress post-traumatique, de fracture de la 12^{ème} côte à gauche et 6^{ème} côte à droite, de contusions lombaires, ainsi que de céphalées post-traumatiques.

Selon l'ensemble des rapports médicaux précités, l'assuré a présenté une incapacité totale de travail à la suite de cet évènement.

c) La CNA a pris en charge le cas. En sus des indemnités journalières octroyées, cette assurance a préconisé un séjour à la Clinique [...] (ci-après : Clinique X._____ [cf. courrier du 17 juillet 2009 de la CNA]).

L'assuré a séjourné à la Clinique X._____ du 24 au 27 août 2009. Aux termes d'un rapport du 31 août 2009, les Drs H._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et K._____, spécialiste en neurologie, respectivement chef de service et médecin associé à la Clinique X._____, ont relevé un comportement douloureux, parfois caricatural. Objectivement, aucune séquelle de coups, ni aucune limitation fonctionnelle de l'appareil locomoteur n'était observée. Ces médecins ont retenu les diagnostics de contusions multiples (T00.9), de céphalées mixtes, tensionnelles (G44.2) et cervicogènes (G44.3). Ils ont en outre relevé, sur le plan psychiatrique, une forte réactivité émotionnelle avec de l'anxiété, des ruminations incessantes avec un sentiment d'injustice, une importante irritabilité, des troubles du sommeil, ainsi que parfois une certaine fatigabilité qui leur permettaient de retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte à prédominance anxieuse et dépressive. Ils ont ajouté qu'il n'y avait pas d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique. Les sentiments d'injustice et d'incompréhension étaient prédominants. Aucun élément ne permettait pour le surplus de retenir un trouble significatif de la personnalité. Aussi, si le pronostic d'une reprise professionnelle pouvait être taxé de sombre, il paraissait essentiellement conditionné par des facteurs non lésionnels : douleurs cotées à un haut degré d'intensité, importance du handicap allégué, comportement douloureux en situation d'examen, complexité bio-psychosociale, contexte traumatique particulier avec poursuites judiciaires, trouble de l'adaptation.

Le 18 janvier 2010, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement à la CNA, a examiné l'assuré. Selon le rapport relatif à cet examen, du point de vue somatique, l'assuré ne présentait

pas de séquelle identifiable de l'accident. Sur le plan psychologique, les sentiments de rancœur et d'injustice prédominaient. Ce médecin s'est demandé s'il y avait toujours une psychopathologie atteignant le seuil de diagnostic, plus encore si elle justifiait une incapacité totale de travail. Une nouvelle évaluation spécialisée s'imposait, à moins que la relation de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident soit niée.

Par décision du 4 février 2010, la CNA a cessé d'allouer des prestations d'assurance-accidents. Ce faisant, elle s'est fondée sur les conclusions du Dr W. _____ selon lequel l'assuré ne souffrait désormais plus de séquelles de l'accident. Les troubles dont l'intéressé se plaignait encore ne présentaient pas de lien de causalité avec l'évènement du 17 mars 2009, à l'instar des troubles psychogènes qui n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. Ainsi, il a été retenu que pour ce qui était des seules suites de l'accident du 17 mars 2009, l'assuré était apte à travailler à 100 % à partir du 8 février 2010.

Le 10 février 2010, le Dr N. _____ a informé la CNA que selon lui - et après concertation avec le Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assuré - il existait chez celui-ci un état de stress post-traumatique en lien de causalité avec l'accident.

Le 16 février 2010, l'assuré a formé opposition contre la décision du 4 février 2010, alléguant qu'il était en incapacité de travail du fait d'un état de stress post-traumatique en lien de causalité direct avec l'accident dont il avait été victime, ce que confirmaient ses médecins traitants.

Par décision sur opposition du 1^{er} avril 2010, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré au motif que l'accident dont il avait été victime devait être qualifié d'évènement de gravité moyenne. Dans cette mesure, le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident ne pouvait être retenu qu'en présence de critères objectifs définis par la jurisprudence, lesquels n'étaient pas réunis dans le cas d'espèce. Quant au seul critère qui pouvait être rempli, à savoir le

caractère particulièrement impressionnant de l'accident, celui-ci ne revêtait pas d'intensité particulière de sorte que la responsabilité de la CNA n'était pas engagée.

L'assuré n'a pas fait recours contre cette décision et la CNA a mis fin à toutes ses prestations le 8 février 2010.

d) Dans l'intervalle, le 21 décembre 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

A teneur d'un rapport du 2 février 2010 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), le Dr B._____ a retenu, comme cause de l'incapacité de travail, un état de stress post-traumatique (F43.1) ainsi qu'un trouble douloureux (F45.4). Selon ce médecin, l'assuré devait pouvoir reprendre une activité professionnelle à compter du mois de janvier 2010, mais à un degré très faible, sur lequel le médecin ne pouvait se prononcer précisément, et à un rendement de moins de 50 %.

Le 19 mars 2010, le Dr N._____ a également adressé un rapport à l'OAI duquel il ressort que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Ce médecin a en outre retenu, comme diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, un état de stress post-traumatique, un status après probable fractures multiples des côtes, une hernie discale D6-D7, des contusions multiples, un status après entorse cervicale, un HLA (human leucocyte antigen, antigène de leucocyte humain) B27 positif de manière isolée, étant relevé qu'une spondylarthrite était peu probable, ainsi qu'une obésité.

Dès le 26 avril 2010, l'assuré a fait l'objet de mesures de réinsertion et a perçu à ce titre des indemnités journalières de l'assurance-invalidité. Ces mesures de réinsertion ont pris fin le 23 septembre 2010 sur l'initiative de l'assuré, ce qui a également mis un terme au versement des indemnités journalières.

Le 3 février 2011, le Dr N._____ a précisé que le pronostic était principalement conditionné par l'évolution de l'état de stress post-traumatique.

Selon un rapport du 9 juin 2011, la Dresse S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ainsi que médecin traitant de l'assuré, a également retenu comme diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail un état de stress post-traumatique (F43.1). Le pronostic était selon elle réservé dans la mesure où il était peu probable que l'assuré recouvre totalement sa santé et sa capacité de travail, même en cas de condamnation des auteurs de ses lésions. Le 21 octobre 2011, ce médecin a ajouté que les troubles présentés par l'assuré allaient persister à tout le moins jusqu'à ce que ses agresseurs soient jugés. Le pronostic de la capacité de travail s'assombrissait.

Le 22 novembre 2011, l'OAI a mis en œuvre une expertise auprès du Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ainsi qu'en médecine pharmaceutique. Selon le rapport d'expertise du 29 février 2012, le diagnostic - sans répercussion sur la capacité de travail - de dysthymie (F34.1) faisant suite à un trouble de l'adaptation survenu en mars 2009 était retenu. L'expert a relevé que l'examen clinique psychiatrique n'avait pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, ni de trouble phobique. Il a également exclu la persistance d'un état de stress post-traumatique. L'abaissement de l'humeur observé à l'examen psychiatrique actuel restait relativement léger et était plutôt dominé par un sentiment de colère et d'injustice. L'assuré exprimait de manière authentique son intérêt pour certaines émissions de télévision, son plaisir à rencontrer ses proches et décrivait une vie sociale animée. Il avait également participé activement à l'examen d'une durée de deux heures et trente minutes et avait indiqué entreprendre des activités, se rendant notamment en février 2010 au [...] en voiture qu'il avait lui-même conduite. L'assuré faisait ainsi preuve de capacités qui n'étaient pas compatibles avec une diminution de l'énergie à l'origine d'une fatigue importante, ni d'une diminution manifeste de la concentration ou de l'attention. Cela excluait un diagnostic

d'épisode dépressif majeur. L'assuré souffrait cependant d'une dépression chronique et fluctuante de l'humeur dont le degré de sévérité restait insuffisant pour retenir un diagnostic de trouble dépressif léger ou moyen. En conséquence, l'anamnèse de l'assuré et son examen psychiatrique actuel correspondaient à une chronicisation du trouble de l'adaptation décrit en août 2009 à la Clinique X._____, sous la forme d'une dysthymie. En outre, l'expert a été frappé par les incohérences entre la description des plaintes subjectives de l'assuré et les éléments objectivables de son anamnèse et de son examen psychiatrique actuel. Si l'intéressé avait expliqué souffrir de douleurs corporelles l'obligeant à se lever toutes les dix minutes lorsqu'il regardait la télévision, il avait été capable de rester assis, sans gêne particulière, toute la durée de l'examen psychiatrique. Par ailleurs, si l'assuré avait décrit la peur d'être à nouveau victime de ses agresseurs et indiqué prendre des précautions afin d'éviter des altercations, il n'y avait pas d'évitement d'activités ou de situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Enfin, sur le plan médicamenteux, l'expert a estimé que le dosage montrait des résultats largement insuffisants pour la dose d'Amitriptyline et relativement pour l'Escitalopram. Le résultat de l'Amitriptyline laissait en particulier planer des doutes quant à la description subjective d'importants symptômes anxieux et dépressifs obligeant l'assuré à prendre une médication régulière. L'expert a jugé que dans le cadre de ce cortège de symptômes diffus et incohérents, la plainte concernant des douleurs corporelles restait insuffisamment prononcée pour justifier le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Ces plaintes s'inscrivaient dans un rôle d'invalidé adopté par l'assuré face à son insatisfaction et sa colère concernant la procédure judiciaire toujours en cours.

Ainsi, selon l'expert :

« Comme ce rôle d'invalidé correspond à une attitude n'ayant pas de valeur de maladie, les plaintes subjectives et incohérentes de M. P._____ ne permettent pas de retenir le diagnostic d'un trouble psychique justifiant une incapacité de travail durable, malgré leur présentation parfois dramatique. En conséquence, l'effort pour surmonter ses symptômes anxieux et dépressifs dus à la chronicisation de son trouble de l'adaptation reste raisonnablement

exigible afin de reprendre une activité professionnelle à plein temps ».

Sur la base de cette expertise, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a conclu que l'incapacité de travail de l'assuré avait duré du 17 mars 2009 au 18 janvier 2010 (cf. rapport SMR du 6 juin 2012).

En date du 15 juin 2012, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations, considérant qu'après analyse du dossier, il apparaissait que l'intéressé ne présentait aucune atteinte incapacitante susceptible de diminuer sa capacité de travail dans toute activité professionnelle.

Par acte du 28 juin 2012, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, contesté le projet de décision précité, alléguant qu'il était totalement incapable de travailler. Il a pour le surplus sollicité un délai complémentaire pour produire les pièces médicales justifiant cette allégation.

Par décision du 5 décembre 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision du 15 juin 2012. Dans une lettre explicative du même jour, l'office a précisé qu'aucun élément susceptible de lui permettre de revoir sa position ne lui était parvenu, ceci malgré les trois prolongations de délai qui avaient été accordées à l'assuré.

Aucun recours n'a été déposé à l'encontre de cette décision.

Lors de l'audience de jugement par devant le Tribunal de police le [...], l'assuré a déclaré qu'il avait renoncé à la procédure en assurance-invalidité et avait repris une activité professionnelle indépendante dans la mécanique.

e) Entre l'intervention de la CNA et celle de l'OAI, soit entre le 8 février et le 25 avril 2010, l'assuré a bénéficié d'indemnités journalières pour perte de gain de Q._____ SA.

Par la suite, le 13 avril 2011, l'assuré a sollicité la poursuite des versements des indemnités journalières dans la mesure où il avait présenté ultérieurement au 25 avril 2010, des troubles incapacitants justifiant l'octroi de prestations. A cet égard, il s'est référé au certificat médical établi le 28 janvier 2011 par la Dresse S._____, selon lequel il présentait une incapacité de travail à 100 % pour une durée indéterminée.

Le 12 mai 2011, l'assuré a également transmis à l'intimée un certificat médical établi le 10 mai 2011 par la Dresse S._____ qui attestait du fait que l'assuré présentait une incapacité totale de travail depuis le 17 mars 2009, pour des raisons de santé directement consécutives à l'agression, ce pour une durée indéterminée.

Le 13 septembre 2011, Q._____ SA a fait savoir à l'assuré que les indemnités journalières de l'assurance-invalidité perçues entre le 16 avril et le 22 septembre 2010 dépassaient son gain perdu de sorte que durant cette période l'intimée n'avait pas d'obligation de prester. Pour le surplus, elle a rappelé à l'assuré que conformément aux conditions générales, il devait présenter des attestations médicales toutes les quatre semaines afin de justifier son incapacité de travail supérieure à un mois.

Le 31 octobre 2011, Q._____ SA a informé l'assuré qu'elle allait faire appel à son médecin-conseil pour évaluer l'incapacité de travail de l'intéressé.

Selon un rapport du 28 mai 2014, la Dresse C._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de l'assurance, a indiqué qu'elle avait examiné l'assuré le 14 juillet 2010. A cette date, l'intéressé était en incapacité de travail suite à l'évènement du 17 mars 2009. Depuis lors, ce dossier avait été laissé en attente. La Dresse C._____ a ainsi précisé qu'elle se prononçait sur la base du dossier. Elle a dans un premier temps relevé que tous les médecins consultés avant le Dr T._____ faisaient état d'un pronostic de reprise de travail sombre. Le Dr T._____ n'avait quant à lui pas retenu les

diagnostics posés par ces médecins, notamment par le Dr B._____. L'examen des divers avis médicaux laissait cependant apparaître que l'assuré présentait, jusqu'au 23 septembre 2010, une incapacité totale de travail, puis, dès le 1^{er} octobre 2011 [sic], une capacité de travail de 50 % avec un rendement de 50 % (équivalent à un 25 %) dans une activité adaptée et sans stress. Cette incapacité prenait fin le 29 février 2012, date de l'expertise du Dr T._____.

A teneur du rapport du 3 janvier 2015, la Dresse G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de l'intimée, a indiqué avoir été mandatée pour examiner l'incapacité de travail de l'assuré à partir du 24 septembre 2010. Ce médecin a procédé à un examen sur dossier de l'état de santé de l'assuré et a récapitulé le contenu des différents avis médicaux. Au regard du certificat médical établi le 19 mars 2010 par le Dr N._____, la Dresse G._____ a estimé que le médecin de famille fondait principalement son appréciation sur la base des plaintes de l'assuré, les constatations objectives faisant défaut. Puis, reprenant le rapport du 9 juin 2011 établi par la Dresse S._____, la Dresse G._____ a jugé que les plaintes rapportées par ce médecin traitant étaient compatibles avec un trouble de l'adaptation mais que les critères d'un trouble de stress post-traumatique n'étaient pas réunis. La Dresse G._____ a relevé qu'aucune constatation objective à ce sujet n'était mentionnée, la Dresse S._____ se fiant surtout aux descriptions des plaintes de l'assuré et, vraisemblablement, à son auto-évaluation. Il n'y avait en outre pas de discussion sur les facteurs non-pathologiques. Enfin, la Dresse G._____ a repris l'expertise du Dr T._____, dont elle a estimé qu'elle était formellement correcte et compréhensible dans ses conclusions. Selon le médecin-conseil, l'expert avait documenté et justifié son évaluation en détail. De ce fait, l'expertise du Dr T._____ pouvait servir de référence. La Dresse G._____ a ainsi conclu que du point de vue psychiatrique, aucune incapacité de travail n'était médicalement justifiée au-delà du 24 septembre 2010. Elle a retenu que, devant l'expert T._____, l'assuré avait lui-même fait état d'informations permettant de conclure à des ressources mobilisables élevées, notamment dans sa vie sociale, sa vie conjugale, ses projets de famille, ses loisirs et ses

transports en voiture. Cela démontrait que – en dehors du cadre professionnel – l'assuré n'était pratiquement confronté à aucune limitation. Ce médecin-conseil a ainsi estimé que l'existence de ces ressources mobilisables élevées sur les plans psychologique et cognitif, alors que, dans un même temps, l'assuré se plaignait d'atteintes psychiques importantes, ainsi que la présence de facteurs non pathologiques, auraient dû inciter les médecins traitants à réévaluer leurs diagnostics, la capacité de travail de l'assuré et le pronostic.

En parallèle de la problématique de l'incapacité de travail, la question de la couverture par l'assurance collective, respectivement par l'assurance individuelle, a fait l'objet de plusieurs échanges de correspondances entre l'assuré et Q._____ SA. L'assuré a, notamment dans son courrier du 13 avril 2011, allégué que son contrat de travail n'avait pas été résilié, de sorte qu'il demeurait couvert par l'assurance collective. L'intimée a quant à elle estimé que le contrat de travail de l'assuré avait été résilié et qu'il ressortait en outre du jugement du Tribunal de police de l'arrondissement de [...] du [...] que l'intéressé avait débuté une activité indépendante dans la mécanique (cf. courriers des 30 janvier et 13 mars 2014 de Q._____ SA).

Il ressort en outre d'un email du 8 avril 2011 que [...], assistante sociale à [...], a informé Q._____ SA du fait que, selon les informations qu'elle avait obtenues, l'assuré n'était plus sous contrat depuis février 2010.

L'intimée a par ailleurs été nantie des déclarations de la masse salariale pour l'assurance collective d'indemnités journalières de L._____ Sàrl pour les années 2010 à 2011, auxquelles étaient jointes les attestations de salaires AVS y relatives. L'assuré ne figurait plus sur ces documents depuis 2010.

Par décision du 26 février 2015, Q._____ SA a refusé le paiement d'indemnités journalières à partir du 26 avril 2010. Ce faisant, l'intimée a tout d'abord constaté que l'assuré avait perçu des indemnités

journalières perte de gain du 8 février au 25 avril 2010, puis des prestations de l'OAI du 26 avril au 23 septembre 2010. Par la suite, l'intimée a expliqué qu'elle avait dans un premier temps chargé la Dresse C._____ d'examiner l'assuré. Puis, au vu de la problématique exclusivement psychiatrique, l'examen de l'assuré avait été confié à la Dresse G._____. Selon les constatations de cette dernière, l'incapacité de travail de l'assuré n'était plus médicalement justifiée à partir du 24 septembre 2010.

Par opposition du 10 mars 2015, l'assuré a fait valoir que l'appréciation de la Dresse G._____, partenaire commerciale de l'intimée, n'avait pas de valeur probante, étant relevé que ce médecin avait statué sur dossier et que son avis était largement contredit par celui de la Dresse S._____, également spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'assuré a ajouté que si l'intimée avait produit à l'appui de sa décision le rapport de la Dresse C._____, elle n'avait cependant pas jugé utile de statuer sur la base de celui-ci alors que ce médecin avait rencontré l'assuré et avait retenu une incapacité d'à tout le moins 50 % du 1^{er} octobre 2011 au 29 février 2012. En tout état de cause, l'avis de la Dresse S._____ devait prévaloir sur celui de la Dresse G._____.

Par décision sur opposition du 20 janvier 2016, l'intimée a rejeté l'opposition formée par l'assuré. En substance, elle a estimé que la CNA avait retenu que, sur le plan organique, l'assuré était au bénéfice d'une pleine capacité de travail depuis le 18 janvier 2010, étant relevé que le Dr W._____ avait, sans approfondir la question, émis des doutes quant à l'existence d'une incapacité de travail sur le plan psychique. Cette décision était entrée en force de sorte que l'assuré ne pouvait se prévaloir que des motifs psychiques pour réclamer le droit à des prestations, ce d'autant plus que son contrat de travail avait été résilié dès le 31 janvier 2010 et qu'aucune assurance perte de gain individuelle n'avait été conclue. L'incapacité de travail pour des motifs psychiques invoquée avait pour le surplus fait l'objet d'une instruction approfondie et complète de la part de l'OAI, une expertise médicale ayant au demeurant été mise en œuvre. Cette dernière avait confirmé les doutes du Dr W._____. De

surcroît, l'assuré n'avait pas contesté la décision de l'OAI lui niant une rente, respectivement le droit à des mesures de reclassement, au motif qu'il bénéficiait d'une pleine capacité de travail. Pour ces motifs, les médecins-conseils de Q. _____ SA avaient été en mesure de rendre un avis médical sur la base du dossier, sans devoir personnellement examiner l'assuré et sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. C'était ainsi à juste titre que l'intimée avait refusé de verser des indemnités journalières à l'assuré au-delà du 25 avril 2010, ce d'autant plus que l'intéressé ne présentait plus aucune incapacité de travail depuis le 18 janvier 2010. L'intimée renonçait néanmoins - pour cause de prescription - à réclamer à l'assuré la restitution des prestations indûment perçues pour la période du 8 février 2010 et le 25 avril 2010.

B. Par acte du 19 février 2016, P. _____ a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition du 20 janvier 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'il avait droit à la poursuite du paiement des indemnités journalières au-delà du 25 avril 2010, sur la base d'un taux d'incapacité de 100 % jusqu'au 23 septembre 2010 (sous déduction des prestations de l'assurance-invalidité), puis du 24 septembre 2010 au 29 février 2012, sur la base d'un taux de capacité de travail de 50 % au maximum. Subsidiairement, il a sollicité le renvoi de la cause à l'autorité précédente pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. En substance, l'assuré a allégué que son contrat de travail avec L. _____ Sàrl n'avait jamais été résilié de sorte que la question d'une assurance individuelle ne se posait pas. Il a ajouté que sa capacité de travail ne devait pas être examinée *a posteriori* sous l'angle du dossier de l'assurance-invalidité dans la mesure où la décision de l'OAI était intervenue le 5 décembre 2012, soit postérieurement au délai-cadre d'indemnisation prévu par le contrat d'assurance perte de gain, mais sur la base des propres constatations de l'intimée, laquelle avait diligenté des examens confiés aux Dresses C. _____ et G. _____. Or, selon ces dernières, l'assuré présentait une incapacité de travail totale du 17 mars 2009 au 23 septembre 2010, puis une incapacité de travail de 50 % avec une baisse de rendement de 50 % dans une activité adaptée dès

le 24 septembre 2011 [recte : 2010], ce jusqu'au 29 février 2012. Rien ne justifiait que Q._____ SA ne s'écarte de ces conclusions, l'intimée ne l'expliquant au demeurant pas. Il incombait ainsi à l'intimée de poursuivre le versement des prestations du 24 septembre 2010 au 29 février 2012, sur la base d'une capacité de travail de 50 %.

Par réponse du 20 juin 2016, Q._____ SA a conclu au rejet du recours. Elle fait valoir que l'OAI s'était prononcé sur l'octroi d'une rente d'invalidité, respectivement sur le taux d'invalidité de l'assuré dès le 21 décembre 2009, de sorte que sa décision concernait toute la période postérieure à cette date et non, comme le laissait entendre l'assuré, celle postérieure au mois de février 2012. En ne formant pas recours contre la décision de l'OAI, l'assuré avait admis qu'il ne présentait plus d'incapacité de travail au-delà du 8 février 2010, date à laquelle la CNA avait mis un terme à ses prestations. L'assuré devait ainsi se voir opposer la force jugée des décisions de la CNA et de l'OAI. De surcroît, et indépendamment de ces deux décisions, l'expertise du Dr G._____ remplissait toutes les conditions imposées par la jurisprudence pour avoir une pleine valeur probante, ce d'autant plus que ses conclusions rejoignaient les décisions précitées. Pour le surplus, la résiliation du contrat de travail de l'assuré avec L._____ Sàrl ressortait des témoignages de l'assistante sociale ayant suivi l'assuré, de l'inspecteur de la CNA qui avait procédé à son audition ainsi que du fait que le nom de l'assuré ne figurait plus sur les listes du personnel de L._____ Sàrl transmises à Q._____ SA dès 2010.

Par courriers du 10 janvier 2017, la Cour des assurances sociales a requis auprès de l'OAI et de la CNA la production de leurs dossiers respectifs, dont les pièces pertinentes ont été citées ci-dessus.

Par acte du 27 février 2017, l'intimée a complété ses offres de preuve au moyen des pièces extraites des dossiers de l'OAI et de la CNA, sans déposer de déterminations supplémentaires.

Le 29 mars 2017, l'assuré a indiqué ne pas avoir d'observation à formuler sur les dossiers nouvellement produits.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières selon la LAMal de la part de Q._____ SA pour la période courant entre le 26 avril 2010 et le 29 février 2012.

3. a) A teneur de l'art. 3 al. 1 LPGA, est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

b) Aux termes de l'art. 72 al. 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'art. 72 al. 2 LAMal prévoit que le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque la personne assurée a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA).

Dans l'assurance facultative d'indemnité journalière en cas de maladie, la notion d'incapacité de travail correspond à celle définie à l'art. 6 LPGA (auquel renvoie l'art. 72 al. 2 LAMal). Selon cette disposition, 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.

Selon la jurisprudence, le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage ; ATF 129 V 460 consid. 4.2 ; 114 V 281 consid. 1d). Ce principe a été codifié à l'art. 6, 2^e phrase, LPGA, qui prévoit qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité raisonnablement exigible peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En ce sens, l'assurance d'indemnités journalières n'assure l'incapacité de travail que dans les limites posées par l'obligation de diminuer le dommage (Gebhard Eugster, *Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 3^e édition, Bâle 2016, n° 1461 ss, p. 841-842).

La jurisprudence prévoit que l'assureur a, en tout temps, le droit et éventuellement le devoir de vérifier les indications de l'assuré et de ses médecins (ATF 107 V 99 consid. 2b, 101 V 68 consid. 2). Il peut notamment ordonner à cette fin, un examen de l'assuré par le médecin-conseil. L'art. 57 al. 4 LAMal mentionne que le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il évalue les cas en toute indépendance (art. 57 al. 5 LAMal).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience,

la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

d) En ce qui concerne l'assurance-invalidité, les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. En 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2 et la jurisprudence citée) Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'examen structurée d'administration des preuves à l'ensemble des maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 418 et 143 V 409). Le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit désormais être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art. (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci.

4. En l'espèce, l'intimée s'est notamment fondée sur les conclusions de son médecin-conseil, la Dresse G._____, pour retenir que le recourant ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante - ce que l'assuré conteste en se prévalant en particulier des conclusions de la Dresse C._____, également médecin-conseil de l'intimée.

a) Aux termes de son rapport du 3 janvier 2015, la Dresse G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'a retenu aucune atteinte psychique incapacitante. Ce faisant, elle s'est écartée des diagnostics retenus par les médecins traitants de l'assuré et s'est fondée sur le rapport d'expertise du Dr T._____, expert mandaté par l'OAI. La Dresse G._____ a en effet considéré que les médecins traitants de l'assuré s'étaient essentiellement fiés aux plaintes subjectives exprimées par l'intéressé, sans apporter d'élément objectif pour étayer leurs constatations. De surcroît, l'existence de ressources mobilisables élevées et de facteurs non-pathologiques auraient dû conduire les médecins traitants à réévaluer leur diagnostic et la capacité de travail du recourant. La Dresse G._____ a également estimé que l'expertise du Dr T._____ était complète et pouvait servir de référence.

A teneur du rapport d'expertise du 29 février 2012, qui fonde l'avis de la Dresse G._____, le Dr T._____ a exclu la persistance d'un état de stress post-traumatique et a retenu le diagnostic - sans effet sur la capacité de travail - de dysthymie (F34.1) faisant suite à un trouble de l'adaptation survenu en mars 2009. L'expert a en outre relevé des incohérences entre, d'une part, les plaintes exprimées par le recourant et, d'autre part, les éléments objectivables de son anamnèse et de son état psychique actuel. Il a fait mention de ressources mobilisables élevées, notamment dans la vie sociale de l'assuré, dans sa vie conjugale et familiale, ainsi que dans ses loisirs, ce qui démontrait que - en dehors du cadre professionnel - l'assuré n'était pratiquement confronté à aucune limitation. Le Dr T._____ a ainsi estimé que l'intéressé adoptait un rôle d'invalidé face à son insatisfaction et sa colère concernant la procédure pénale en cours. Cette attitude n'avait cependant pas de valeur de maladie et les plaintes subjectives et incohérentes du recourant ne

permettaient pas de retenir un trouble psychique justifiant une incapacité de travail durable. Il s'ensuit que plusieurs facteurs excluent la valeur invalidante de ces atteintes psychiques qui n'atteignent pas un degré certain de gravité (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1).

Ce rapport du Dr T. _____ est élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte tant de l'anamnèse que des plaintes du recourant et contient des conclusions claires et dûment motivées. Il satisfait ainsi en tous points aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, ce d'autant plus que ses conclusions coïncident avec celles précédemment posées par les médecins de la Clinique X. _____ et par le Dr W. _____ dans son rapport du 18 janvier 2010.

De surcroît, les constatations du Dr T. _____ ont ensuite été reprises par le Dr V. _____ qui a conclu, dans son rapport du 6 juin 2012, que l'incapacité de travail de l'assuré avait duré du 17 mars 2009 au 18 janvier 2010. Ces mêmes conclusions ont par la suite fondé la décision de l'OAI, contre laquelle aucun recours n'a été déposé. A cet égard, il doit être rappelé que si l'OAI a nié le droit à une rente et à des mesures de reclassement le 5 décembre 2012, il n'en demeure pas moins que pour ce faire il a examiné la situation médicale du recourant dans son ensemble, y compris durant la période antérieure à la prise de décision.

Il s'ensuit que la Dresse G. _____ s'est fondée sur une expertise concluante à laquelle il doit être accordé une pleine valeur probante.

Quant aux avis des médecins traitants, comme évoqué ci-dessus, la Dresse G. _____ a considéré que ceux-ci s'étaient principalement fiés aux plaintes exprimées par le recourant. Elle a par ailleurs mis en évidence des contradictions et des éléments qui auraient dû conduire ces médecins à réévaluer leur diagnostic et leur pronostic.

Dans ses rapports, en particulier celui du 19 mars 2010, le Dr N. _____ a notamment retenu, comme diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail, un état de stress post-traumatique. Ce diagnostic correspond à celui posé par la Dresse S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a, notamment dans son rapport du 21 octobre 2011, indiqué que les troubles présentés par l'assuré allaient persister, à tout le moins jusqu'à ce que ses agresseurs soient jugés.

Au-delà des doutes qui peuvent être éveillés du fait de la relation thérapeutique qu'entretiennent ces médecins avec le recourant, il ressort de la lecture des rapports précités que les constatations des médecins traitants ne sont pas motivées et reprennent dans une large mesure les plaintes subjectives exprimées par l'intéressé. Par ailleurs, ni le Dr N. _____, ni la Dresse S. _____ ne mettent en exergue des éléments déterminants qui auraient échappé à l'examen de l'expert T. _____ et qui seraient susceptibles de remettre en cause les conclusions de ce spécialiste. Il ressort au contraire que ces médecins ont seulement apporté une appréciation différente à un même état de fait. Aussi, l'avis du Dr T. _____ - suivi par la Dresse G. _____ - doit-il être préféré à tout autre avis médical.

Les éléments qui précèdent démontrent que le rapport de la Dresse G. _____, qui ne suit pas les avis des médecins traitants et se réfère à l'expertise du Dr T. _____, est convainquant et sérieusement motivé, de sorte qu'il convient de lui conférer une pleine valeur probante.

b) Dans le cadre de son recours, le recourant soutient que rien ne justifiait que l'intimée ne s'écarte des conclusions de la Dresse C. _____, laquelle concluait à une incapacité totale de travail jusqu'au 23 septembre 2010, puis, dès le 1^{er} octobre 2011 [*sic*], à une capacité de travail de 50 % avec un rendement de 50 % (équivalent à un 25 %) dans une activité adaptée et sans stress.

A titre liminaire, il sera relevé que si la Dresse C. _____ a évoqué avoir reçu le recourant le 14 juillet 2010, son rapport repose - tel

qu'elle le mentionne – sur le dossier qui lui a été adressé par l'intimée. En retenant une capacité de travail nulle jusqu'au 23 septembre 2010, ce médecin-conseil semble se limiter à reprendre les certificats médicaux en sa possession, sans se livrer à un examen critique de leur contenu. Elle ne motive pas les raisons qui l'ont conduite à retenir ce taux, ni celles l'ayant amenée à considérer que l'assuré pouvait exercer une activité professionnelle à 50 % au-delà de cette date – ou plus exactement au-delà du 1^{er} octobre 2011 – étant relevé que ce dernier constat ne correspond à aucun autre avis médical du dossier. Au vu de cette motivation à tout le moins sommaire et de la divergence mise en exergue, l'intimée était fondée à privilégier l'avis de la Dresse G._____, dont la spécialisation est au demeurant spécifique à la problématique psychiatrique soulevée par le recourant, et à suivre ses conclusions.

c) Compte tenu de ce qui précède, il convient de retenir avec l'intimée que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé incapacitante sur le plan psychiatrique.

S'agissant de la date à laquelle le recourant a recouvert une pleine capacité de travail, à l'instar de l'intimée et par identité de motifs avec ce qui précède, il convient de suivre les avis des Drs W._____, T._____ et V._____ selon lesquels l'incapacité de travail a cessé à compter du 18 janvier 2010. A cet égard, il sera relevé que ces avis ne contredisent pas celui de la Dresse G._____. En effet, cette dernière a limité l'étendue de son examen à la période courant au-delà du 24 septembre 2010, de sorte que l'on ne saurait tirer aucune conclusion quant à la période qui précède.

Par conséquent, l'intimée était fondée à refuser le versement d'indemnités journalières au recourant pour la période entre le 26 avril 2010 et le 29 février 2012.

Au vu de l'issue du litige, les questions de surindemnisation évoquées par l'intimée dans son courrier du 13 septembre 2011 et de couverture par l'assurance collective, respectivement individuelle peuvent

demeurer ouvertes. Par surabondance, on constatera toutefois que la résiliation du contrat de travail du recourant au début de l'année 2010 ressort, d'une part, du courriel du 8 avril 2011 de l'assistante sociale et, d'autre part, de l'absence de mention du nom du recourant sur les listes du personnel de L._____ Sàrl à compter de 2010.

5. a) Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGa), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa a contrario). L'intimée, qui obtient gain de cause, n'a pas non plus droit à des dépens, dès lors qu'il ne s'agit pas d'un cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré (ATF 126 V 149 consid. 4).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 20 janvier 2016 par Q._____ SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour P. _____),
- Me Isabelle Jaques (pour Q. _____ 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 :