

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 mars 2011

---

Présidence de       Mme     PASCHE  
Juges     :       MM. Dind et Schmutz, assesseur  
Greffier     :       M. Germond

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, à Aigle, recourant, représenté par Me Laure Chappaz, avocate à Aigle,

et

**B.**\_\_\_\_\_, Caisse-maladie/accidents de la SSH, à Montreux, intimée.

---

**Art. 6 LPGA; 67 et 72 al. 2 LAMal**

**E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1972, titulaire d'un CFC de cuisinier, a travaillé en qualité de serveur auprès de l'Auberge communale de [...] à compter du 1<sup>er</sup> mars 2001. Il était assuré auprès de la Caisse-maladie B.\_\_\_\_\_ (ci-après: B.\_\_\_\_\_) par le biais d'une assurance collective jusqu'au 31 décembre 2004, puis à titre individuel dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005, pour une indemnité journalière de 97 fr., assortie d'un délai d'attente de 15 jours.

Les 27 août et 5 octobre 2004, la responsable de l'auberge communale a adressé à B.\_\_\_\_\_ un avis d'incapacité de travail selon lequel l'assuré présentait depuis le 26 août 2004 une incapacité de travail de 100% en raison d'une dépression. Il était précisé que le salaire mensuel brut de ce dernier s'élevait à 3'550 francs.

Répondant à un questionnaire de l'assurance indemnité journalière LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10), le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a indiqué le 28 septembre 2004 que son patient présentait une incapacité de travail de 100% depuis le 26 août 2004 pour une longue durée en raison d'un grave état dépressif avec rechute de toxicomanie, précisant ne plus le suivre depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2004 vu la gravité de la situation.

Par courrier du 20 novembre 2004, l'employeur de l'assuré l'a informé de la résiliation de son contrat de travail au 31 décembre 2004.

Dans un rapport médical du 17 décembre 2004 au Dr X.\_\_\_\_\_, médecin-conseil d'B.\_\_\_\_\_, la Dresse G.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique auprès de la Fondation de [...], a indiqué que l'assuré était incapable de travailler à 100% depuis le 24 octobre 2004, une incapacité de travail à 100% ayant à sa connaissance été déclarée par le Dr W.\_\_\_\_\_ à partir du 24 août 2004. La Dresse G.\_\_\_\_\_ posait les

diagnostics de probable trouble de la personnalité de type borderline (F60.31) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, utilise actuellement la drogue (F11.24). Elle observait que depuis le 14 septembre 2004, l'assuré bénéficiait d'un traitement psychiatrique comprenant des entretiens psychiatriques bimensuels ainsi qu'une médication neuroleptique; sous ce traitement, elle pouvait observer une amélioration des symptômes thymiques et une diminution des idées de concernement. Elle notait enfin que l'état psychique du patient était trop fragile à ce stade pour qu'il puisse assumer de manière satisfaisante les relations interpersonnelles (tant avec les clients qu'avec ses employeurs) et les exigences du service inhérentes à son travail.

Selon un rapport médical du 10 juin 2005 de la Dresse G.\_\_\_\_\_, oeuvrant désormais auprès du Centre de compétences dépendances " [...]", au Dr X.\_\_\_\_\_, l'assuré présentait toujours une incapacité de travail à 100% depuis le 24 octobre 2004. La Dresse G.\_\_\_\_\_ posait les diagnostics de trouble mixte de la personnalité (F61.0) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, actuellement abstinente sous traitement de substitution (F11.22). Elle relevait que l'assuré était trop vulnérable psychiquement pour pouvoir affronter le monde du travail et ses contraintes relationnelles, mais que, sous réserve que l'évolution actuelle se poursuive, une reprise d'activité à temps partiel pourrait éventuellement être envisagée au courant de l'été 2005, probablement à 50%.

Dans son rapport médical du 10 octobre 2005 au Dr X.\_\_\_\_\_, la Dresse G.\_\_\_\_\_ renvoyait à son rapport médical du 10 juin 2005 s'agissant des dates et pourcentages de l'incapacité de travail, ainsi que des diagnostics. A l'heure actuelle, elle observait une amélioration relative de la situation du patient dans la mesure où il avait cessé toute consommation d'opiacés, mais notait que son état psychique restait précaire. Elle expliquait qu'à ce stade, l'assuré apparaissait dans l'incapacité d'assumer de manière adéquate et soutenue des relations

normales dans un cadre social voire professionnel et qu'il ne pourrait travailler dans une autre activité dans l'immédiat, mais qu'il faudrait à terme prévoir qu'il se recycle dans une activité moins stimulante au plan relationnel que la restauration.

Le 10 octobre 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle et au reclassement dans une nouvelle profession, expliquant souffrir d'une dépression grave depuis août 2004 (cause AI 103/08).

Selon les certificats médicaux de la Dresse G. \_\_\_\_\_ des 23 septembre, 21 octobre et 7 novembre 2005, l'assuré a présenté une incapacité de travail à 100% du 1<sup>er</sup> septembre 2005 au 31 janvier 2006, date à laquelle elle serait réévaluée.

Procédant à l'instruction du cas, l'Office AI pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a demandé au Dr W. \_\_\_\_\_ de compléter un rapport médical concernant l'assuré. Dans son rapport médical à l'OAI du 22 novembre 2005, ce médecin a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de toxicomanie avec usage de drogues dures, relevant que l'assuré était polytoxicomane depuis des années. Il notait qu'actuellement, l'assuré était totalement sevré et qu'il allait bien, suivi par les psychiatres qui connaissaient mieux son état. Il observait encore que son patient était un jeune homme sérieux, volontaire, désirant absolument faire sa vie de façon correcte, si bien qu'un recyclage professionnel était hautement indiqué. Dans l'annexe au rapport médical du même jour, le Dr W. \_\_\_\_\_ estimait que l'activité exercée jusqu'à maintenant était encore exigible à raison de 6 à 7 heures par jour, avec une diminution de rendement de 20%, l'assuré ne pouvant travailler en position accroupie ni avec un horaire de travail irrégulier.

Selon le questionnaire pour l'employeur adressé le 23 novembre 2005 à l'OAI par le service du personnel de l'Auberge communale de [...], l'assuré avait travaillé auprès de cet établissement en

qualité de serveur du 1<sup>er</sup> mars 2001 au 31 décembre 2004. L'assuré avait réalisé un gain annuel de 45'105 fr. en 2003. Sans atteinte à la santé, il gagnerait actuellement un salaire mensuel de 3'600 francs.

Dans son rapport médical à l'OAI du 13 décembre 2005, la Dresse G. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic affectant la capacité de travail de trouble mixte grave de la personnalité à traits anxieux et borderline (F61.0) existant depuis l'enfance, ainsi que le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement abstinant sous traitement de substitution (F11.22) existant depuis l'adolescence. Elle relevait que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100% depuis le 24 août 2004. Elle estimait que la capacité de travail pouvait s'améliorer partiellement sur le moyen terme avec l'aide d'un traitement adéquat, mais non pas au point de pouvoir reprendre une occupation stable dans la restauration, précisant qu'une réorientation dans une activité moins exigeante au plan relationnel pourrait donner des chances à l'assuré pour se réinsérer dans une vie professionnelle. Quant au pronostic, la Dresse G. \_\_\_\_\_ observait qu'un traitement sur le long terme pouvait aider à stabiliser le patient, qui restait cependant psychologiquement fragile. Dans l'annexe au rapport médical du même jour, cette praticienne estimait qu'en raison de ses difficultés psychiques, l'assuré n'était plus apte à assumer une activité de serveur, ses difficultés relationnelles, marquées par une extrême sensibilité au regard d'autrui, étant génératrices d'angoisses qui le poussaient à rechuter dans la toxicomanie et qui le rendaient incapable d'assumer de manière satisfaisante les exigences propres à cette activité. Elle notait ainsi que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'était plus exigible, qu'il y avait une diminution de rendement de 100%, et qu'il était illusoire d'améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'alors. Elle relevait en outre que l'on pouvait exiger de l'assuré une autre activité moins exigeante au plan relationnel, en évitant qu'il soit exposé dans son ordinaire à une clientèle exigeante. Elle notait enfin que dans un premier temps, l'assuré pourrait exercer une activité pendant quelques heures par jour, pour un maximum de 50%.

L'assuré a été convoqué par B.\_\_\_\_\_ à une expertise médicale chez le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui s'est déroulée le 23 décembre 2005. Dans un premier avis médical du 23 décembre 2005 au médecin-conseil d'B.\_\_\_\_\_, le Dr D.\_\_\_\_\_ posait les diagnostics de trouble panique avec attaque de panique paucisymptomatique et agoraphobie légère, de dépendance aux opiacées, actuellement abstinente sous traitement de substitution à la méthadone et de personnalité immature à traits évitants sub-décompensée. Il confirmait les différentes incapacités de travail attestées par le médecin traitant de l'assuré, en relevant que pour l'heure, la situation paraissait avoir évolué suffisamment favorablement pour envisager - tel que discuté avec l'assuré - une reprise du travail médico-théorique à 100% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a adressé son rapport d'expertise le 2 février 2006 à B.\_\_\_\_\_. Il a posé, sur l'axe I, les diagnostics de trouble panique avec attaques de paniques paucisymptomatiques et agoraphobie légère et de dépendance aux opiacées, actuellement abstinente sous traitement de substitution à la méthadone. Sous la rubrique "discussion" de son rapport, le Dr D.\_\_\_\_\_ relevait notamment ce qui suit:

"D'un point de vue psychopathologique, Monsieur T.\_\_\_\_\_ a certainement présenté un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive dans le cadre de difficultés professionnelles, notamment relationnelles qui, pour le cours naturel des choses ainsi qu'une prise en charge psychothérapeutique, a évolué plutôt favorablement. Notre examen clinique ne met pas en évidence de symptomatologie dépressive ou anxieuse chronique floride. Monsieur T.\_\_\_\_\_ paraît tout à fait en mesure d'accomplir toutes ses activités hors professionnelles, notamment de préparer la venue de son premier enfant, marié en décembre 2005, celui-ci est attendu pour le mois de janvier 2006. Monsieur T.\_\_\_\_\_ souffre actuellement essentiellement d'un trouble anxieux sous forme d'un trouble panique avec attaques de panique paucisymptomatiques et agoraphobie légère car les conduites d'évitement sont somme toute modérées. [...]

Depuis l'été 2001, Monsieur T.\_\_\_\_\_ est abstinente quant à la consommation d'opiacées. Actuellement il suit un traitement dégressif de substitution à la Méthadone.

[...]

Volontiers passif, Monsieur T.\_\_\_\_\_ semble s'être conforté actuellement dans l'inactivité qui, de notre point de vue, risque rapidement de le conduire à une impasse.

Pour le surplus, on ne voit pas véritablement ce qui pourrait justifier un reclassement professionnel sous l'égide de l'OAI car Monsieur T.\_\_\_\_\_ peut reprendre lui-même une activité dans le domaine de la cuisine, de la restauration et dispose suffisamment de compétences pour retrouver un emploi moins exigeant.

D'un point de vue psychiatrique, cette situation ne peut pas être considérée non plus comme définitivement fixée car il serait judicieux, de notre point de vue, que Monsieur T.\_\_\_\_\_ puisse bénéficier concomitamment d'un traitement antidépresseur SSRI à polarité anxiolytique [...]. Le suivi psychothérapeutique est bien entendu important.

Par souci de gain de paix, nous confirmons les incapacités de travail attestées par son médecin traitant, mais nous estimons qu'une reprise médico-théorique, comme nous l'avons annoncé à Monsieur T.\_\_\_\_\_, doit être possible à 100% dès le 1.1.2006."

Le 4 janvier 2006, sur la base du rapport établi par le Dr D.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_ a décidé de ne plus verser d'indemnités journalières à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> février 2006, lui conseillant de reprendre une activité professionnelle dès cette date ou de s'inscrire au chômage.

L'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formé opposition contre cette décision le 31 janvier 2006, opposition qu'il a complétée le 15 mai 2006. En substance, l'assuré contestait le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ et se prévalait des avis de la Dresse G.\_\_\_\_\_ des 10 juin et 10 octobre 2005, qui estimait qu'il était trop vulnérable psychiquement pour pouvoir affronter le monde du travail. Il demandait à percevoir des indemnités journalières en raison d'une incapacité de travail complète dès le 1<sup>er</sup> février 2006 et sollicitait subsidiairement la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

Par décision sur opposition du 6 juin 2006, B.\_\_\_\_\_ a confirmé sa décision du 4 janvier 2006 (1), a rejeté l'opposition du 31 janvier 2006 complétée le 15 mai 2006 (2), a rejeté la demande d'assistance judiciaire formulée par l'avocate de l'assuré (3) et a retiré l'effet suspensif d'un éventuel recours (4). Elle a exposé qu'au vu du rapport d'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_, l'assuré devait poursuivre une psychothérapie avec prescription de médicaments et qu'il était apte à travailler à 100% en faisant un effort que l'assurance-maladie était en droit d'exiger de lui. Elle relevait que le rapport d'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_ était motivé et détaillé, que l'expert avait pris connaissance de son dossier

médical complet, que l'entretien s'était déroulé conformément à la pratique en matière d'expertise médicale et que les conclusions de l'expert étaient en adéquation avec l'analyse effectuée. Elle soulignait encore qu'un suivi médical et un traitement médicamenteux n'étaient pas incompatibles avec une reprise du travail, si bien que l'assuré devait tout mettre en œuvre pour reprendre une activité professionnelle à 100%.

**B.** L'assuré, par l'intermédiaire de l'avocate Laure Chappaz, a recouru contre cette décision par acte du 6 juillet 2006, concluant à son annulation et à ce qu'B.\_\_\_\_\_ soit astreinte à lui verser des indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> février 2006. Il fait valoir que les conclusions du rapport de l'expert D.\_\_\_\_\_ ne sont pas en adéquation avec l'analyse effectuée, que le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie retient, dans un rapport du 26 juin 2006 à son avocate, produit en annexe au recours, qu'il présente un trouble bipolaire en association au trouble de la personnalité, élément qui n'a pas été évoqué par le Dr D.\_\_\_\_\_ dans son expertise, qu'il estime ainsi incomplète, que le Dr L.\_\_\_\_\_ maintient qu'il n'est plus apte à assumer une activité de serveur en raison de ses difficultés psychiques et qu'il fait preuve de bonne volonté mais se trouve objectivement dans une situation où une activité professionnelle ne peut raisonnablement être exigée de lui. Il se prévaut enfin à nouveau des rapports médicaux de la Dresse G.\_\_\_\_\_ des 10 juin et 10 octobre 2005 et conclut qu'il n'est pas en mesure de travailler malgré les efforts qu'il entreprend.

Par courrier du 21 août 2006, B.\_\_\_\_\_ a interpellé le Dr D.\_\_\_\_\_ afin qu'il se prononce sur le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 26 juin 2006 et indique s'il maintenait les conclusions de son rapport d'expertise. En réponse à cette demande, le Dr D.\_\_\_\_\_ a fait savoir dans un rapport médical adressé le 4 septembre 2006 au médecin-conseil d'B.\_\_\_\_\_ qu'il estimait que le rapport médical du Dr L.\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément déterminant, estimant que dans toute autre activité médico-théorique adaptée de son choix, autre que serveur, l'assuré pouvait prendre une activité à 100% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006.

Dans sa réponse du 7 septembre 2006, B.\_\_\_\_\_ conclut au rejet du recours. Elle fait valoir que le rapport d'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_ est motivé et complet. Elle admet, avec le Dr L.\_\_\_\_\_, que la profession de serveur n'est pas idéale pour le recourant, mais estime qu'un autre travail est exigible. Elle relève que le Dr D.\_\_\_\_\_ a maintenu son appréciation dans sa prise de position du 4 septembre 2006 et qu'une incapacité de travail n'est manifestement pas justifiée.

Par décision du 15 septembre 2006 du Secrétariat du Bureau de l'assistance judiciaire, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 27 février 2006. L'octroi de l'assistance judiciaire était subordonné au paiement d'une contribution mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 1<sup>er</sup> octobre 2006.

Dans sa réplique du 19 octobre 2006, le recourant maintient ses conclusions. Selon lui, l'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_ est incomplète, dans la mesure où l'ensemble de ses troubles n'y a pas été soigneusement examiné, ni leurs conséquences sur la capacité de travail.

Dans sa duplique du 6 novembre 2006, B.\_\_\_\_\_ maintient ses conclusions, en relevant que l'état de santé du recourant a été examiné avec soin.

Par avis du 4 décembre 2006 du Tribunal des assurances (désormais Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal), les parties ont été averties que le dossier AI du recourant avait été produit et qu'elles pouvaient le consulter au greffe et se déterminer sur ledit dossier.

Par lettre du 18 décembre 2006, B.\_\_\_\_\_ a indiqué avoir pris connaissance du dossier AI du recourant et n'avoir rien à ajouter à ses précédents courriers.

Par avis du 27 février 2007, la juge instructrice a constaté que le recourant avait requis l'audition en qualité de témoin du Dr L.\_\_\_\_\_ et

a invité les parties, conformément à la pratique du tribunal, à déposer leurs questionnaires à l'intention de ce praticien.

Le recourant a adressé son questionnaire par lettre du 13 mars 2007 et B.\_\_\_\_\_ par courrier du 15 mars 2007. Les Dresses A.\_\_\_\_\_, médecin adjoint et S.\_\_\_\_\_, cheffe à la clinique de l'Unité de traitement des dépendances de la Fondation de [...], qui succédaient au Dr L.\_\_\_\_\_, ont adressé leur réponse le 11 juillet 2007 au tribunal. Elles ont posé les diagnostics de trouble affectif bipolaire (F31.3), de trouble mixte grave de la personnalité à traits borderline, anxieux et dépendants (F61.0), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, actuellement abstinent sous traitement de substitution (F11.22). Elles ont relevé que les troubles présentés par le recourant lui interdisaient actuellement toute activité lucrative, précisant que l'incapacité de travail à 100% à partir du 24 août 2004 était reconnue et durait encore. Ces médecins ont observé qu'une reprise professionnelle représenterait une somme de contraintes trop exigeante chez un patient très fragile sur le plan de son équilibre interne. Elles précisaient encore que l'assuré bénéficiait d'un traitement ambulatoire à [...] depuis septembre 2004 et qu'il avait été suivi respectivement par les Drs G.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_.

Dans ses déterminations du 16 août 2007, B.\_\_\_\_\_ relève que les avis des Dresses A.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ divergent de celui du Dr D.\_\_\_\_\_, n'excluant pas que la situation ait changé depuis la date de la dernière détermination du Dr D.\_\_\_\_\_, si bien qu'elle s'en remettait au tribunal afin qu'il tranche cette affaire.

Par déterminations du 10 septembre 2007, le recourant relève que tous les médecins spécialisés qui l'ont examiné arrivent au constat qu'il n'est pas à même d'exercer une activité lucrative quelconque actuellement en raison de ses troubles psychiques, et qu'il présente une incapacité de travail depuis le 24 octobre 2004. Le recourant sollicite la fixation d'une audience et requiert l'audition de deux témoins, savoir sa mère et son épouse.

B.\_\_\_\_\_ a produit le 11 octobre 2007 ses conditions générales d'assurance (CGA), ainsi qu'un récapitulatif des indemnités journalières versées, selon lequel l'assuré a perçu des indemnités journalières pour un montant total de 50'276 fr. 50, B.\_\_\_\_\_ ayant versé les indemnités assurées pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2004 au 31 janvier 2006.

Dans ses déterminations du 22 novembre 2007, l'assuré, par son conseil, indique que c'est l'interprétation et l'application du chiffre 2.1 des conditions générales qui forme le cœur du litige entre les parties, et répète qu'il conteste l'avis de l'expert.

Par courrier du 25 janvier 2008, B.\_\_\_\_\_ confirme la récapitulation des indemnités journalières payées au recourant. Elle précise que les indemnités journalières ont été payées durant 518 jours, et qu'un versement pendant 212 jours jusqu'au 31 août 2006 irait au-delà de 720 jours.

Par avis du 8 août 2008, la juge instructrice a informé les parties qu'après examen des pièces au dossier et vu les rapports contradictoires des médecins, elle considérait que l'instruction au plan médical n'avait pas été suffisante et qu'elle avait dès lors décidé de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Dans le délai imparti à cet effet, les parties ont proposé des noms d'expert ainsi qu'un questionnaire à son attention.

L'expertise judiciaire a été confiée au Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport le 2 juillet 2009. Il y pose les diagnostics suivants:

- "1. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, suit actuellement un régime de substitution sous surveillance médicale (F11.22 selon la Classification internationale des maladies en vigueur, CIM-10),
2. Trouble anxieux sans précision, niveau faible, avec quelques traits phobiques (F41.9 dans CIM-10),

3. Accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1 dans CIM-10)."

Le Dr E. \_\_\_\_\_ retient encore ce qui suit sous la rubrique "Diagnostic et conclusions" de son rapport du 2 juillet 2009:

"Il existe certainement quelques fluctuations type dysthymique mais qui sont déjà actuellement, avec la médication en place, suffisamment compensées. Vu la non observance documentée, il existe de nombreuses possibilités thérapeutiques supplémentaires pour améliorer la situation si souhaité.

Comme décrit auparavant, le troisième diagnostic d'accentuation de traits de personnalité n'est pas à confondre avec un trouble de la personnalité dans le sens clinique. Il existe ici des éléments d'anxiété, d'évitement et d'immatunité en parallèle.

Après pondération de l'ensemble des éléments, il existe pour nous une exigibilité de travail de 100% de principe. Vu la forte concordance entre les constats de fin 2005 et aujourd'hui, la capacité de travail existait déjà en plein depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006. Très probablement l'assuré a passagèrement des rendements diminués, notamment au début de chaque activité, mais ceci d'une manière transitoire et ne dépassant pas un 25%.

En ce qui concerne la question d'un reclassement, nous ne pouvons pas nous prononcer formellement sur ce droit. Il est cependant clair et quasi évident que, avec l'ensemble de l'historique de ce patient, toute activité qui risque de le confronter ou de le mettre en proximité à des drogues est à éviter. Comme évoqué par l'assuré lui-même, toutes les activités de type «back-office» sont applicables, à savoir des fonctions «en arrière-fond», mais avec des tâches bien précises. Pour nous, il n'est pas exclu non plus que l'assuré puisse, dans ce sens, travailler en cuisine, bien qu'il ait renoncé à ses activités pour des questions de choix personnel et de confort. Autrement, il existe une palette d'activités accessibles avec les formations et expériences de l'assuré."

L'expert répond en outre comme suit aux questions posées:

"[...]

4. Quels sont les troubles présentés par le recourant?

Réponse: Veuillez vous référer aux différents chapitres de l'expertise.

5. Quelle est l'origine de ces troubles?

Réponse: Les troubles sont d'origine mixte, à la fois liés à la toxicomanie, à la fois liés à la faible affirmation de lui-même.

6. Ces troubles sont-ils de nature socioculturelle, familiale?

Réponse: Comme dans toute situation, les facteurs socioculturels et familiaux ont eu une influence sur la genèse des "légers" troubles, mais cette influence est non spécifique et légère.

7. Sont-ils favorisés ou provoqués par des circonstances extérieures telles que le contexte professionnel, la situation financière difficile par exemple?

Réponse: Les circonstances extérieures comme la situation financière ou autres, représentent des facteurs stressants qu'il s'agit de surmonter. Pour l'assuré en question, cela est exigible d'une manière médico-théorique.

8. Ces troubles ont-ils valeur de maladie au plan médical?

Réponse: D'une manière très globale, les diagnostics mentionnés font partie de ce qui est appelé « maladie », mais ils n'ont qu'un faible impact sur le fonctionnement de l'assuré dans la réalité.

9. Sont-ils seuls de nature à empêcher toute activité professionnelle et engendrent-ils une incapacité totale ou partielle de travail dans quelque activité lucrative que ce soit? En cas d'empêchement partiel, selon quel taux en pourcent, pour quels motifs et depuis quand?

Réponse: Non; comme décrit, l'influence n'est que passagère et de faible impact. En dehors des véritables moments de décompensation (sevrage et cures), il n'y a pas d'incapacité significative.

Il ne s'agit pas de mettre en doute les certificats établis entre août 2004 et fin 2005, mais au-delà, il n'y a plus d'incapacité de travail de principe.

10. Quelles sont les activités adaptées à l'état psychique? En cas d'empêchement partiel dans une telle activité adaptée, selon quel taux en pourcent, pour quels motifs et depuis quand?

Réponse: Théoriquement, toutes les activités accessibles avec les formations et expériences de l'assuré sont exigibles. Mais, dans son cas spécifique, toute activité qui risque de le confronter à des substances psychoactives et qui le mette dans des exigences accrues de communication est à éviter.

11. Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre au recourant d'exercer une activité lucrative?

dans l'affirmative:

- quelles sont ces mesures?

- quel genre d'activité et à quel taux?

Réponse: L'assuré pourrait largement bénéficier d'une approche psycho éducative sur l'anxiété et de la prescription/application d'anxiolytique ponctuelle (sans risque de dépendance).

Un changement de champ d'activité comme décrit augmenterait les chances d'une stabilité à long terme.

12. Peut-on raisonnablement exiger de l'assuré qu'il se soumette à des mesures d'ordre professionnel de nature à diminuer son incapacité de travail?

dans l'affirmative:

- quelles sont ces mesures?

- quel genre d'activité et à quel taux?

- dans la négative, pour quelle raison?

Réponse: L'assuré pourrait très certainement bénéficier d'une approche d'orientation professionnelle voire d'aide au placement. Dans la mesure où il collabore, les propositions nous paraissent en adéquation avec sa problématique. Même si l'état actuel est relativement bien stabilisé, il est nécessaire de prendre en compte

l'évolution à long terme. Puisqu'il y a aussi l'enjeu de l'évolution de son enfant, toutes les mesures professionnelles qui aideraient à l'insérer durablement auront une importante répercussion.

De par son état actuel, il est tout à fait exigible que l'assuré se soumette à de telles mesures. Dans l'idéal, il serait mieux qu'il collabore de lui-même.

13. Quel est votre pronostic?

- L'état de l'assuré est-il susceptible d'amélioration, à quelle condition; au contraire, cet état est-il stationnaire ou risque-t-il de se péjorer?

Réponse: Dans la mesure où un chemin tel qu'esquissé pourrait être trouvé, le pronostic est plutôt positif à long terme.

14. Avez-vous d'autres précisions à ajouter?

Réponse: Non.

Questions de l'intimée:

15. Traitement médical actuel? Des mesures thérapeutiques seraient-elles susceptibles d'améliorer notablement l'état de santé?

Réponse: Comme décrit, le traitement actuel interroge à plusieurs titres. Le stabilisateur d'humeur n'est pas suivi et l'assuré est tout de même stable.

16. Quel est le degré de l'incapacité de travail dans la profession habituelle? Depuis quelle date? Quels sont vos pronostics pour une reprise de travail totale dans cette profession?

Réponse: Pour l'ensemble des raisons exposées et analysées, nous sommes arrivés à la conclusion d'une exigibilité totale de travail à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006."

Les parties ont été invitées à se déterminer sur le rapport d'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_. Par courrier du 10 juillet 2009, B.\_\_\_\_\_ indique que ce dernier est très complet et explicite. Dès lors que l'expert arrive à la conclusion d'une exigibilité totale de travail à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, B.\_\_\_\_\_ indique maintenir les conclusions prises dans sa réponse du 7 septembre 2006, en précisant qu'une prise en charge de l'incapacité de travail est acceptée jusqu'au 31 janvier 2006, soit au-delà du délai fixé par l'expert.

Par courrier du 7 septembre 2009, le recourant, par son conseil, explique avoir pris connaissance de l'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_ et ne pas avoir de détermination formelle à déposer ni ne solliciter d'autres mesures, l'instruction lui paraissant terminée.

Dans ses déterminations du 27 septembre 2010, le recourant indique nourrir le sentiment de ne pas avoir été entendu, relevant plusieurs inexactitudes dans l'expertise (son père n'est pas suisse allemand mais vit en Suisse alémanique, son épouse ne peut pas voir ses enfants d'une première union non à cause de sa consommation de stupéfiants mais en raison des difficultés rencontrées dans son premier couple avec le père de ses enfants, qu'il a consommé uniquement des boissons alcoolisées de 13 à 16 ans et du cannabis puis de l'Ecstasy dès l'âge de 16 ans, que c'est en entamant son service militaire qu'il s'adonne à la consommation d'héroïne, qu'il a eu des démêlés avec la justice, qu'il ne peut sortir seul mais doit être accompagné de sa fille ou de son épouse, qu'il ne fréquente plus de restaurant ou café, que son traitement sous "Séroquel" l'assomme et que les psychiatres du Centre [...] maintiennent leurs diagnostics d'incapacité totale de travail). Il requiert que l'expert soit interpellé et complète son expertise sur ces points et sollicite que l'expert contacte Z. \_\_\_\_\_ du Centre Social Régional (ci-après: CSR) de [...]. Il produit un "Plan d'action personnalisé" établi le 26 août 2010 par l'assistante sociale Z. \_\_\_\_\_ du CSR de [...], avec pour objectif "Retrouver une estime de soi, développer un lien social et arriver à prendre les transports publics", et comme précision "séance d'ergothérapie en individuel dans un premier temps l'obligeant à faire une activité pour lui-même, à sortir de chez lui sans être accompagné de sa fille."

### **E n d r o i t :**

**1. a)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

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

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été 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 formelles de recevabilité, de sorte qu'il est recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

**2.** Est en l'espèce litigieux le droit du recourant à des indemnités journalières pour perte de gain de la part d'B. \_\_\_\_\_ au-delà du 31 janvier 2006.

**a)** A teneur de l'art. 67 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10), 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, 1<sup>e</sup> phrase).

Aux termes de l'art. 72 al. 2, 1<sup>ère</sup> 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). Le chiffre 2.1 des conditions générales d'assurances (CGA) de l'intimée définit l'incapacité de travail comme suit: "Est incapable de travailler la personne qui, en raison d'une maladie, ne peut exercer son activité professionnelle habituelle, ou, si l'incapacité dure un certain temps, reste dans l'impossibilité d'exercer

toute autre activité raisonnablement exigible eu égard à son état de santé et à ses aptitudes". 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).

**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 (ATF 125 V 351 consid. 3a et la référence; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

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 110/2006 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 et 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).

En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**3.** En l'espèce, le litige porte sur la capacité de travail du recourant au 1<sup>er</sup> février 2006 et sur la suppression de son droit à l'indemnité journalière à partir de cette date.

**a)** B.\_\_\_\_\_, se fondant sur les conclusions de l'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_, a retenu que le recourant présentait une capacité de travail totale de travail au 1<sup>er</sup> janvier 2006. Le recourant a contesté cette appréciation en se basant sur les rapports médicaux de ses médecins traitants, en particulier ceux de la Dresse G.\_\_\_\_\_ des 10 juin et 10 octobre 2005, ainsi que celui du Dr L.\_\_\_\_\_ du 26 juin 2006, puis finalement celui des Dresses A.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ du 11 juillet 2007, qui attestent que l'incapacité de travail à 100% qui a débuté le 24 août 2004 perdure.

**b)** In casu, dans son rapport d'expertise du 2 février 2006, le Dr D.\_\_\_\_\_ a retenu qu'une reprise médico-théorique devait être possible à 100% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006. A la suite de la production, en procédure de recours, du rapport médical du Dr L.\_\_\_\_\_ du 26 juin 2006, B.\_\_\_\_\_ a à nouveau interpellé le Dr D.\_\_\_\_\_, qui a maintenu les conclusions de son expertise du 2 février 2006 dans son rapport du 4 septembre 2006 au médecin-conseil d'B.\_\_\_\_\_, estimant que le rapport médical du Dr L.\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément déterminant. Après examen du rapport des Dresses A.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ du 11 juillet 2007, qui posaient un nouveau diagnostic, savoir celui de trouble affectif bipolaire (F31.3), la juge instructrice a décidé de procéder à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, qui a été confiée au Dr E.\_\_\_\_\_. Ce dernier, sans mettre en doute les certificats établis entre août 2004 et fin 2005, estime qu'au-delà, il n'y a plus d'incapacité de travail de principe. Il précise en outre que théoriquement, toutes les activités accessibles avec les formations et expériences de l'assuré sont exigibles, en relevant que dans son cas spécifique, toute activité qui risque de confronter le recourant à des substances psychoactives et qui le mette dans des exigences accrues de communication est à éviter.

Le rapport d'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_ du 2 juillet 2009 est bien documenté et argumenté. Dans le cadre de l'examen de la situation du recourant, l'expert a pris connaissance de son dossier médical et assécurologique, qu'il a résumé. Le rapport d'expertise du 2 juillet 2009 repose sur des examens cliniques complets, prend en compte les plaintes subjectives du recourant, décrit son anamnèse ainsi que la situation médicale. Il ne contient pas de contradictions et procède d'une analyse approfondie. Ses conclusions sont bien motivées et convaincantes. Ce rapport, qui satisfait aux réquisits jurisprudentiels en la matière, revêt ainsi force probante (cf. supra, consid. 2b).

L'appréciation de l'expert E. \_\_\_\_\_, qui expose les raisons qui le conduisent à retenir que le recourant présente une capacité de travail en plein depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006 (rapport d'expertise E. \_\_\_\_\_, p. 23), n'est contredite que par les médecins traitants du Centre de compétences dépendances [...]. Or il est constant que les médecins traitants sont généralement enclins à prendre parti pour leur patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010, consid. 4.3). L'expert E. \_\_\_\_\_ s'est longuement exprimé à cet égard, rappelant que les critères en vigueur et sa position ne permettaient pas, contrairement au médecin-traitant, de déduire une "incapacité de travail sociale" mais l'obligeaient à appliquer strictement les critères d'exigibilité sur la base des constats les plus objectifs possibles et des diagnostics retenus (rapport d'expertise E. \_\_\_\_\_, p. 23).

L'appréciation du Dr E. \_\_\_\_\_ est au demeurant la même que celle à laquelle parvient le Dr D. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 2 février 2006, lorsqu'il observe qu'une reprise médico-théorique doit être possible à 100% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006.

Le recourant qui, par courrier du 7 septembre 2009, indiquait après avoir pris connaissance de l'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_ et ne pas avoir de détermination formelle à déposer, a soudain produit des déterminations sur l'expertise le 27 septembre 2010, en soulevant divers griefs. Outre le fait qu'il est pour le moins étrange d'affirmer dans un

premier temps ne pas avoir de déterminations à déposer sur un rapport d'expertise, pour finalement en déposer plus d'un an après, il y a lieu de retenir que les points soulevés par le recourant ne sont pas propres à remettre en cause l'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_. En particulier, le recourant se plaint du fait que l'expertise s'est déroulée "rapidement". Or la durée d'un examen clinique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (cf. ATF I 1084/2006 du 26 novembre 2007, consid. 4 et 9C\_443/2008 du 28 avril 2009, consid. 4.4.2). Quant aux différents points relevés par le recourant dans son écriture du 27 septembre 2010, ils ne constituent pas des motifs impérieux justifiant de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire. En particulier, le point de savoir si son père est suisse allemand ou vit en Suisse alémanique n'est pas déterminant, pas plus que celui ayant trait aux motifs pour lesquels son épouse ne voit plus ses enfants d'une première union. S'agissant de l'anamnèse de consommation, elle met en évidence le fait que l'assuré consomme alcool et drogue depuis l'adolescence, ce qu'il ne contredit pas. En outre, l'expert mentionne bien que l'assuré a fait quatre jours de prison (rapport d'expertise E.\_\_\_\_\_, p. 5). Quant au quotidien de l'assuré, l'expert relève la remarque de ce dernier quant à l'utilisation des transports publics: "Très dur..., je m'arrange pour être accompagné". L'expert observe par ailleurs qu'"il s'agit certainement aussi d'une personne anxieuse à la base, mais là aussi avec un impact léger sur le fonctionnement social puisqu'il a pu assumer de nombreuses activités dans la durée et à satisfaction" (rapport d'expertise E.\_\_\_\_\_, p. 21). Finalement, les constats de l'expert, qui précise que l'assuré a peu d'amis et de contacts extérieurs à la famille (rapport d'expertise E.\_\_\_\_\_, p. 7) ne sont pas contredits par le "Plan d'action personnalisé" du CSR d'août 2010, qui a pour objectif "Retrouver une estime de soi, développer un lien social et arriver à prendre les transports publics".

**c)** En conséquence, on retiendra que l'assuré ne présente pas d'incapacité de travail et qu'il y a lieu de considérer qu'il peut raisonnablement être exigé de lui qu'il mette à profit sa capacité de

travail. Dans ces conditions, c'est donc à juste titre qu'B.\_\_\_\_\_ a mis un terme au versement des indemnités journalières au 31 janvier 2006.

**4.** Au vu de ce qui précède, le dossier est complet pour que la cause soit tranchée et il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction, soit de mettre en œuvre un complément d'expertise, pas plus que de demander que l'expert E.\_\_\_\_\_ interpelle Z.\_\_\_\_\_ du CSR de [...]. Il n'y a pas lieu non plus de procéder à l'audition de la mère et de l'épouse du recourant, ni de fixer une audience.

En effet, le juge peut renoncer à un complément d'instruction sans que cela entraîne une violation du droit d'être entendu s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 106 la 161 consid. 2b; TF 8C\_659/2007 du 27 mars 2008, consid. 3.2 et les références citées).

**5.** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice. Débouté, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA et art. 55 LPA-VD).

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

En l'occurrence, Me Laure Chappaz a chiffré à 41 heures le temps consacré à ce dossier pour la période du 31 janvier 2006 au 5 octobre 2010, et à 20 minutes dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, arrêtant ses débours à 654 fr., TVA non comprise. Considérant la décision du 15 septembre 2006 du Secrétariat du Bureau de l'assistance judiciaire, il se justifie de tenir compte des opérations effectuées depuis le 27 février 2006. Après examen détaillé, la quotité des opérations listées ainsi que le temps consacré à leur réalisation paraissent toutefois trop importants par rapport à la complexité de la cause. Il ressort en particulier de la liste des opérations que le temps consacré la rédaction de courriers au tribunal, au mandant ou à des tiers (médecins traitant, etc.) est de 0.2 heure, le temps consacré à la transmission de copies des dits courriers à la partie adverse étant équivalent. Or, il se justifie de manière générale de réduire à 0.1 le temps consacré à la rédaction et à l'envoi de ces courriers de transmission. En outre, à eux seuls, les échanges de correspondances entre Me Chappaz et son client représentent un total de 5.4 heures de temps, étant précisé qu'en sus de ces échanges de courriers, Me Laure Chappaz s'est entretenue avec son client tant par téléphone (total de 1.1 heure de temps) qu'à l'occasion de conférences (total de 4.5 heures de temps). En définitive, afin de rapporter les heures de temps dans une mesure raisonnable s'agissant des opérations utiles et nécessaires en l'espèce, le temps total consacré à la rédaction et à l'envoi des courriers adressés au client est réduit à 2.4 heures, celui consacré aux téléphones est réduit à 0.5 heure et celui afférant aux conférences est réduit à 2.5 heures. C'est ainsi un montant de 6'084 fr. (33.8 h. x [tarif horaire de 180 fr.]) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées depuis le 2 mars 2006 au 5 octobre 2010, plus TVA à 7.6% d'un montant de 462 fr. 40. La somme de 36 fr. (0.2 h. x [tarif horaire de 180 fr.]) correspondant aux opérations effectuées après le 1<sup>er</sup> janvier 2011, plus TVA à 8% d'un montant de 2 fr. 90. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, c'est un montant de 654 fr., TVA à 7.6% d'un montant de 49.70 en sus, qui doit être reconnu à ce titre. L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 7'289 francs.

**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 6 juin 2006 par la Caisse-maladie B. \_\_\_\_\_ est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.
  
- IV.** L'indemnité d'office de Me Laure Chappaz, conseil du recourant, est arrêtée à 7'289 fr. (sept mille deux cent huitante-neuf francs).
  
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Laure Chappaz (pour T. \_\_\_\_\_),
- B. \_\_\_\_\_ Caisse-maladie/accidents de la SSH,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt est également communiqué par courrier électronique au:

- Service juridique et législatif.

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).

Le greffier :