

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mars 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Bonard et Mme Férolles, assesseurs
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

X._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Denis Bridel, avocat à Lausanne,

et

W._____, **Droit des assurances Romandie**, à Lausanne, intimée.

Art. 6 LPGa; 72 al. 2 LAMal

E n f a i t :

A. X._____, né en 1967, ramoneur, était assuré auprès de W._____, (ci-après : W._____) pour la perte de gain en cas de maladie, par le biais de son ancien employeur J._____, maître-ramoneur à [...]. Le contrat d'assurance, soumis à la LAMal, prévoyait une indemnité journalière en cas de maladie de 80 % du salaire assuré dès le troisième jour d'incapacité de travail.

Le 4 mars 2002, l'assuré a été victime d'un accident alors qu'il travaillait sur le toit d'une maison. Une première déclaration d'accident LAA a été adressée à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA) le 30 septembre 2002 et une seconde, le 3 décembre 2002; l'une et l'autre mentionnaient des douleurs au dos, précisant en outre qu'à la suite de l'accident et jusqu'alors, le travail n'avait pas été interrompu. Le médecin traitant, la Dresse H._____, spécialiste en médecine interne, a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 27 décembre 2002. L'assuré n'a plus repris le travail.

Après avoir refusé, dans un premier temps, de prendre en charge le cas, la CNA a, sur la base d'un rapport d'expertise, reconnu le droit de l'assuré aux prestations légales en raison de l'accident du 4 mars 2002.

En janvier 2005, la CNA a ordonné une nouvelle expertise médicale qui l'a décidé à mettre fin au versement des prestations avec effet au 31 mars 2005 et à retenir qu'à compter du 1^{er} avril 2005, l'incapacité de travail et le traitement médical n'étaient plus à la charge de l'assurance-accidents mais de l'assurance-maladie.

Dès le 1^{er} avril 2005, W._____ a alloué à l'assuré des indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail à 100%.

La CNA a confirmé son refus de prestations par décision sur opposition prise le 22 juin 2005. Sur recours de l'assuré, le Tribunal des assurances a annulé cette décision tout en réservant la possibilité, pour la CNA, de mettre en œuvre de nouvelles mesures d'instruction (jugement du 18 mai 2006; référence : cause AA 77/05, jugement n° 74/2006). En substance, il lui a été reproché de s'être fondée sur l'expertise S. _____ plutôt que sur l'expertise V. _____ et d'avoir reconsidéré sa première décision alors que les conditions de la reconsidération n'étaient pas réunies.

B. Parallèlement à ses démarches auprès de la CNA, l'assuré a déposé, le 17 mars 2004, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI). L'OAI a instruit cette demande en obtenant communication du dossier de la CNA et en mandatant le Dr C. _____, chirurgien orthopédique, et le Dr P. _____, psychiatre.

Le rapport d'expertise orthopédique, établi le 3 novembre 2005, contenait en conclusion les passages suivants :

"Ils se sont écoulés plus de trois ans et demi depuis la chute sur les fesses survenue au mois de mars 2002 qui a déclenché une symptomatologie douloureuse. Les douleurs sont rebelles à tout traitement conservateur.

Depuis la fin de l'année 2002, M. X. _____ est à l'incapacité totale de travail car il s'estime totalement invalide.

Je constate qu'il existe une totale discrédance entre les plaintes émises et l'examen clinique.

Sur la base de l'examen clinique et des radiographies, il est difficile d'admettre que l'intensité des douleurs, telle que décrite par l'assuré, soit en rapport avec la colonne lombaire. En effet l'état de cette colonne peut être jugé comme étant très bon, voire excellent.

[...] L'aggravation subite et sans raison définie de la symptomatologie douloureuse à la fin de l'année 2002 rend légitime la question de la relation de causalité entre la chute survenue le 04.03.2002 et la persistance des douleurs invalidantes.

Dans un premier temps, l'apparition de lombalgies de faible intensité, sans symptomatologie radiculaire déficitaire, est admise comme étant la conséquence de la chute. En effet, des lombalgies

qui autorisent un travail pénible, tel que celui de ramoneur et/ou de pompier, durant les neuf mois qui suivent l'accident, ne peuvent pas être considérées comme des douleurs invalidantes. De même, l'aggravation spontanée desdites douleurs après un tel délai, ne peut être mise en relation de causalité avec l'événement incriminé.

[...] Sur la base de mon examen clinique, de l'anamnèse et des documents mis à ma disposition, j'estime que les plaintes douloureuses actuelles ne sont pas une conséquence de l'événement du 04.03.2002.

L'incapacité totale de travail actuelle évoquée par le patient n'est pas crédible. Une incapacité maximum de 25 % peut être admise dans la profession de ramoneur. Dans toute autre activité légère, ou adaptée, une capacité de travail de 100 % me paraît exigible.

Ni le résultat de l'examen clinique, ni les examens radiologiques ne peuvent expliquer les plaintes douloureuses émises par l'assuré ni l'incapacité totale de travail dont il fait état.

[...]

B. Influences sur la capacité de travail

1.- Limitations :

au plan physique :

Les limitations sont minimales et difficilement explicables, même à 25 %, en présence de troubles dégénératifs faibles à modérés.

au plan psychique et mental :

Cette sphère serait éventuellement à examiner compte tenu de la suspicion de troubles douloureux somatoformes. [...]"

Le rapport d'expertise psychiatrique, établi le 10 avril 2006, retenait les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de trouble somatoforme (F45, selon la CIM-10) et de lombalgies chroniques sur discrets troubles dégénératifs et statiques de la colonne lombaire. L'expert précisait qu'il n'avait détecté aucune co-morbidité psychiatrique qui accompagnerait le trouble somatoforme et qu'il ne pouvait pas dire qu'il existait une diminution du rendement chez l'expertisé.

Se référant aux conclusions des expertises précitées, le Dr L. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a retenu, dans un rapport d'examen du 5 mai 2006, que l'état de santé de l'intéressé lui permettait une reprise du travail à 75 % au moins dans l'activité exercée et une exigibilité totale dans une activité adaptée.

Dans un avis médical du 24 octobre 2006, le Dr Q. _____ du SMR a précisé ce qui suit :

"L'estimation de la capacité de travail de 75 % au moins dans l'activité de ramoneur tient compte des plaintes douloureuses exagérées de l'assuré dans le contexte d'un TSD [trouble somatoforme douloureux]. Nous ne pouvons suivre cette restriction de la CT puisque les minimes troubles de la statique et dégénératifs n'ont pas entraîné de conséquence auparavant et ne contre-indiquent pas par eux-mêmes l'exercice d'une profession relativement lourde. Le fait d'admettre une CT de 75 % au moins en tant que ramoneur implique que les limitations fonctionnelles sont respectées dans cette profession, ce qui est logique vu la bénignité objective des troubles constatés. La capacité de travail de cet assuré est de 100 % dans son activité de ramoneur, une diminution de la CT ne pouvant s'entendre que comme mesure prophylactique (mais il n'y a pas d'invalidité imminente, loin de là) ou comme prise en considération de la composante douloureuse, ce qui ne peut être admis dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux, sans épine somatique importante."

Par préavis du 13 novembre 2006 (projet de décision), l'OAI a refusé le droit à des prestations AI, au motif que sur la base des renseignements médicaux disponibles, X. _____ ne présentait aucune atteinte invalidante au sens de la LAI; sa capacité de travail était entière dans l'activité habituelle de ramoneur.

C. Dans l'intervalle, par décision du 23 janvier 2006, W. _____ a mis fin au versement de l'indemnité journalière avec effet au 16 janvier 2006. L'argumentation était la suivante :

"Après vérification des rapports médicaux en notre possession ainsi que de l'expertise du Dr C. _____, nous sommes arrivés à la conclusion que vous êtes apte au placement à 100% dans le cadre d'une activité légère ou adaptée à partir du 1.01.2006.

Conformément à l'obligation de diminution du dommage qui s'applique dans l'ensemble du droit des assurances sociales, lorsqu'un assuré est en incapacité de travail permanente dans son domaine d'activité, celui-ci est tenu de chercher et d'accepter un travail dans une profession ou une autre branche dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé. Conformément à la jurisprudence fédérale (ATF 124 V 322, 114 V 283), si l'assuré n'a pas accepté une telle activité, les salaires du tableau de l'analyse et de la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique peuvent être utilisés pour évaluer le revenu encore réalisable malgré l'atteinte à la santé.

Le calcul suivant en découle:

Revenu actuel	CHF 72'266.60
Revenu réalisable dans la description susmentionnée	CHF 55'044.00
Perte de revenu	CHF 17'222.60
Perte de revenu en % de l'activité actuelle	- 23.83%

Aucune prestation n'est due étant donné que le degré résiduel de l'incapacité de travail se situe au-dessous de 25% (qui est le degré minimal donnant droit à des prestations)."

L'intéressé s'est opposé à cette décision par écriture du 10 février 2006, faisant en substance valoir que W. _____ s'était fondée sur une expertise qui n'était que partielle, arguant qu'un expert psychiatre devait se prononcer prochainement sur l'aspect psychique et mental du dossier. Il alléguait en outre que les conclusions de l'expert C. _____ étaient en contradiction avec les constatations de la Dresse H. _____ et des autres médecins sollicités. Par ailleurs, dans la mesure où l'expertise du Dr C. _____ relevait de l'AI et qu'aucune décision n'avait encore été prise par l'OAI, W. _____ ne pouvait valablement se prévaloir de ce rapport. Il requérait dès lors la reprise du versement des indemnités journalières jusqu'à droit connu sur la demande de prestations AI.

Dans l'attente du rapport d'expertise psychiatrique et de la décision de l'OAI, W. _____ a, le 10 mars 2006, annulé la décision du 23 janvier 2006 et effectué le versement des prestations pour la période du 16 janvier au 28 février 2006.

Le 13 juin suivant, à réception du rapport d'expertise du Dr P. _____, l'assureur perte de gain a suspendu le versement des prestations jusqu'à communication de la décision finale sur les prestations AI.

Sollicité par le conseil de l'assuré, W. _____ a notifié, le 11 août 2006, une décision formelle mettant fin au versement des indemnités journalières avec effet au 1^{er} novembre 2006. Se référant aux pièces

médicales, elle a retenu que l'état de santé de l'intéressé lui permettait la reprise d'une activité légère ou adaptée à 100% dès le 1^{er} janvier 2006, ou à 75% dans la profession de ramoneur. Elle précisait que les prestations étaient versées à raison de 25 % pour les mois de juin et juillet 2006 compte tenu de l'incapacité de travail en qualité de ramoneur telle que reconnue par les experts, que des indemnités lui étaient octroyées à partir du 1^{er} août 2006 pour une durée de trois mois à un taux de 25 % conformément à la jurisprudence en vigueur relative à l'obligation de réduire le dommage et qu'elle se réservait le droit quant à une éventuelle demande de remboursement des versements effectués à 100 % pour la période de janvier à mai 2006.

L'assuré a formé opposition par écriture du 11 septembre 2006, faisant valoir que l'OAI ne s'était pas encore prononcé de manière définitive sur le taux d'invalidité et que la procédure de recours à l'encontre de la CNA n'avait pas encore abouti. Il se référait au certificat médical de son médecin traitant du 16 août 2006 lui reconnaissant une capacité de travail à 80 % dès le 17 août 2006, avec un rendement toutefois réduit de 20 %, dans un travail excluant le port de charges supérieures à 3 kg et interdisant un travail en position debout continue. Afin de lever la contradiction entre le constat de douleurs invalidantes et la déclaration d'aptitude au travail à 100 %, il priait dès lors W. _____ de requérir les avis de la Dresse H. _____ et de la Clinique [...] avant de rendre sa décision définitive et de lui accorder les prestations auxquelles il avait droit depuis le mois de juin 2006.

Par décision sur opposition du 20 décembre 2006, W. _____ a confirmé sa décision du 11 août 2006 et rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a retenu en substance que, s'agissant des atteintes présentées par l'intéressé sur le plan somatique et sur le plan psychique, les nombreuses investigations de l'assureur-accidents et de l'assurance-invalidité permettaient une compréhension claire de la situation. Du rapport d'expertise du Dr C. _____ et du Dr P. _____, ainsi que de l'avis de son médecin-conseil, il ressortait que des indemnités journalières devaient être versées à l'assuré à un taux de 25 % dès le 1^{er} janvier 2006.

Elle précisait en outre que c'était à bien plaisir qu'elle avait alloué des indemnités journalières jusqu'au 31 octobre 2006, n'étant pas obligé d'accorder un délai d'adaptation dans la mesure où l'assuré, considéré comme apte au placement au moment de la décision du 11 août 2006 - voire depuis le 1^{er} janvier 2006 - aurait pu, sans délai, s'annoncer à l'assurance-chômage et percevoir des prestations de celle-ci. Par ailleurs, elle relevait que le fait que l'OAI ne se soit pas encore prononcé n'empêchait pas l'assureur de perdre de gain de statuer. En conclusion, elle retenait, sur la base des tables de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2004 de l'Office fédéral de la statistique (ESS), que la perte de revenu, calculée en comparant le salaire annuel d'invalidité (57'830 fr. 82) et le revenu assuré (72'266 fr. 60), était de 19.98 %, soit inférieure au minimum conventionnel requis (25 %) pour ouvrir droit aux prestations.

D. X. _____ a formé recours contre cette décision sur opposition devant le Tribunal des assurances par acte du 31 janvier 2007, en concluant, sous suite de frais et dépens, à la réforme de la décision attaquée dans le sens de la reconnaissance de son droit aux pleines indemnités journalières dès le 1^{er} juin 2006. Il faisait valoir que son opposition relevait de la même logique que celle dirigée à l'encontre des décisions de la CNA et de l'OAI, lesquelles admettaient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il mentionnait en outre que la décision de l'assurance-invalidité n'était pas définitive (opposition au préavis du 13 novembre 2006) et qu'il convenait d'attendre la suite donnée par l'assureur-accidents à l'annulation de sa décision par le Tribunal des assurances. Au demeurant, il requérait de l'autorité intimée la poursuite de ses investigations, eu égard aux derniers développements de son état de santé, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire prenant en considération tous les éléments médicaux du dossier, ainsi que la restitution de l'effet suspensif. Il a produit, d'une part, la décision établie le 6 novembre 2006 par l'Office régional de placement (ci-après : ORP) le reconnaissant apte au placement à 50 % dès le 11 septembre 2006 et, d'autre part, le rapport du 12 janvier 2007 de la Dresse F. _____, médecin-conseil de l'ORP, faisant suite à l'interruption d'un emploi

temporaire subventionné (ETS) et attestant une incapacité totale de travail pour une période de deux à quatre semaines.

Le 1^{er} février 2007, le président du Tribunal des assurances a dit que la décision de l'autorité intimée n'avait pas d'effet suspensif.

Le 2 février 2007, le recourant a fait parvenir au Tribunal des assurances une copie du rapport médical du Dr N._____, médecin responsable à la Clinique [...], lequel expliquait avoir pu déterminer la pathologie principale responsable de la douleur, soit une discopathie L4-L5. Le 9 février 2007, il lui a adressé un certificat médical établi par le médecin-conseil de l'ORP, attestant une incapacité de travail dès le 3 janvier 2007, pour une durée indéterminée.

Dans sa réponse du 9 mars 2007, W._____ a relevé que de nombreux experts spécialisés dans des domaines différents avaient unanimement conclu que l'assuré souffrait d'une symptomatologie douloureuse chronique sur troubles statiques et dégénératifs mineurs qui ne justifiait pas une incapacité de travail à 100 %, au-delà du 1^{er} janvier 2006 au plus tard. Elle faisait valoir que la prescription de la Dresse H._____ d'un traitement médical pour soigner les lombalgies résiduelles n'avait rien de contradictoire avec la reprise du travail, précisant que ce médecin avait estimé possible la reprise du travail à 80 %. Elle rappelait notamment que les rapports d'expertise émanant de l'assureur-accidents et de l'assurance-invalidité remplissaient toutes les conditions pour se voir reconnaître pleine valeur probante et ne sauraient dès lors être invalidés par les pièces médicales produites par le recourant, postérieures pour la plupart à la décision sur opposition. En outre, elle relevait que le point de controverse principal avec la CNA avait trait au lien de causalité entre les troubles de l'assuré et l'accident du 4 mars 2002 et qu'il ne concernait dès lors pas l'existence et l'ampleur de l'incapacité de travail. Pour le reste, sa motivation correspondait à celle de sa décision sur opposition. L'intimée a conclu, en conséquence, au rejet du recours et, implicitement, à la confirmation de la décision attaquée.

Le 28 mars 2007, le conseil du recourant a informé le Tribunal cantonal de la décision de la CNA - laquelle faisait suite au jugement du 18 mai 2006 (cf. lettre A *supra*) - de mettre en œuvre une nouvelle expertise ainsi que de la suspension par l'OAI de la délivrance de sa décision sur opposition jusqu'à connaissance des conclusions de dite expertise. Dans l'attente du terme de l'une ou l'autre de ces procédures, il requérait la suspension de la cause. Il joignait à son courrier la décision du 26 février 2007 établie par la Caisse Cantonale de Chômage mettant un terme aux prestations de chômage eu égard à l'état de santé de l'assuré.

Le 30 mars 2007, le juge instructeur a ordonné la suspension de la cause jusqu'au terme de la procédure administrative pendante devant la CNA.

E. Dans le cadre des démarches entreprises à la suite du jugement du Tribunal des assurances du 18 mai 2006 (cf. lettres A et D *supra*), la CNA a confié une nouvelle expertise au Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Aux termes de son rapport établi le 21 août 2007, l'accident du 4 mars 2002 n'avait occasionné qu'une contusion dorso-lombaire dont les effets avaient disparu dans les six mois au plus tard et l'assuré ne présentait aucune limitation fonctionnelle sur le plan orthopédique. En effet, l'expert s'exprimait comme il suit :

"Le but de l'expertise actuelle est donc de déterminer la part de l'accident dans les plaintes actuelles de M. X._____, de même que de répondre aux questions annexes concernant la capacité de travail actuelle de M. X._____. [...] En préambule à ma discussion et à mon argumentation, j'aimerais d'abord relever les faits suivants: M. X._____ a subi en date du 04.03.02 un traumatisme en deux temps à basse énergie, consistant une première fois en une chute de sa hauteur sur les fesses, puis un saut partiellement volontaire d'une hauteur de 2 m, se recevant sur les jambes et sur les mains. Il s'est spontanément relevé, a continué son activité professionnelle dans les jours, les semaines et les mois qui ont suivi, alors qu'il présentait des douleurs lombaires d'intensité croissante. L'analyse du mécanisme vulnérant démontre un traumatisme à relativement basse énergie. [...]

On se retrouve avec un élément vulnérant mineur, l'apparition de lombalgies qui vont perdurer et se chronifier, l'absence de mise en évidence jusqu'en date de l'expertise d'une lésion autre qu'une banale discopathie L5-S1 isolée, dont il ne semble [...] pas certain qu'elle soit la seule cause des douleurs selon la dernière

discographie de juillet 2007. [...] Sur la base des éléments précités, je dirai que l'événement du 04.03.02 a consisté en une contusion du rachis dorso-lombaire, avec un *statu quo sine* que j'estimerai aux environs de quatre à six mois au maximum, date au-delà de laquelle la symptomatologie douloureuse perdurant est en rapport de causalité probable à hautement probable avec la discopathie mineure L5-S1 dans un premier temps, puis secondairement avec l'installation d'un trouble somatoforme [...]."

Par décision du 7 janvier 2008, confirmée sur opposition le 15 février 2008, la CNA a mis un terme au paiement des prestations d'assurance au 31 mars 2005, au motif que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (*statu quo sine*) pouvait être considéré comme atteint à cette date. La décision sur opposition a fait l'objet d'un recours auprès de la Cour des assurances sociales.

Statuant par arrêt du 1^{er} novembre 2010 (référence : cause AA 91/10, arrêt n° 117/2010), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours de X._____ et confirmé la décision sur opposition rendue le 15 février 2008 par la CNA. En substance, il a été jugé que l'expertise du Dr T._____, examinant précisément la question de causalité en distinguant entre la possibilité et la probabilité, répondait aux exigences formelles de la jurisprudence en la matière, et que le moment fixé pour le *statu quo sine*, trois ans après l'accident, n'était en rien prématuré au vu des conclusions des expertises médicales.

F. Dans le cadre de la procédure AI, la possibilité a été offerte par la CNA à l'OAI de poser des questions à l'expert T._____ avant de se déterminer sur les prestations AI. En effet, à réception du désaccord de l'assuré à propos de son préavis du 13 novembre 2006 (cf. lettre B *supra*), l'OAI avait différé sa décision finale dans l'attente du dépôt d'un nouveau rapport d'expertise. Le Dr T._____ a répondu comme suit :

"Questionnaire complémentaire de l'OAI:

- Quelles sont précisément les limitations fonctionnelles? Sur le plan orthopédique, il n'y a aucune limitation fonctionnelle.
- L'état de santé de l'assuré s'est-il objectivement aggravé depuis l'expertise effectuée par le Dr C._____ pour l'AI en novembre 2005 [...] Sur la base des éléments objectifs, il n'y a aucune aggravation depuis l'expertise du Dr C._____ [...]

- Y a-t-il des facteurs étrangers à l'invalidité (psycho-sociaux, économiques etc.) à la base de l'arrêt de travail de l'assuré? Si oui lesquels et dans quelle mesure influencent-ils sa capacité de travail? Concernant les facteurs étrangers à l'invalidité, en particulier médico-économiques, il n'appartient pas au médecin chirurgien orthopédiste de répondre à cette question. Concernant la répercussion sur la capacité de travail du diagnostic psychiatrique, le Dr P._____ a admis une capacité de travail complète dans son activité de ramoneur."

A l'aune de cette expertise, le SMR de l'AI a retenu que les diagnostics étaient "en tous points conformes avec ce que nous savions déjà". L'OAI a dès lors rejeté la demande de prestations AI, par décision du 19 février 2008, reprenant l'argumentation de son préavis du 13 novembre 2006. L'assuré a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, laquelle a rejeté le recours par arrêt du 29 juin 2009 (référence : cause AI 168/08, arrêt n° 40/2009). En substance, il a été jugé qu'au vu des expertises médicales, tant de l'OAI que de la CNA, ainsi que des avis du SMR, l'assurance-invalidité était fondée à nier l'existence d'un trouble ayant une répercussion sur la capacité de travail.

L'assuré a formé recours auprès du Tribunal fédéral, lequel a statué par arrêt du 7 septembre 2010 (TF 8C_1016/2009). La Ire Cour de droit social du Tribunal fédéral a estimé que le choix des premiers juges d'avoir privilégié les avis récents des médecins spécialistes qui s'étaient prononcés dans le cadre d'un mandat d'expertise et dont les rapports remplissaient les exigences formelles et matérielles auxquelles étaient soumises les preuves médicales ne pouvait en aucun cas être qualifié d'arbitraire. Ainsi, le recours a été rejeté.

G. Le 4 octobre 2010, le juge instructeur a ordonné la reprise de l'instruction de l'affaire opposant X._____ à W._____.

Invité à se déterminer, le recourant a relevé, dans une écriture du 2 novembre 2010, que l'intimée ne s'était pas prononcée sur ses tentatives à reprendre un emploi en 2007. Il soulignait que l'ORP, par son médecin-conseil, avait attesté une incapacité de travail et qu'il résultait de la comparaison des rapports du 19 octobre 2006 et 12 janvier 2007 établis par la Dresse F._____, que les conclusions de W._____ étaient hâtives

quant à considérer que le recourant n'avait rien entrepris pour réduire le dommage. Il arguait ainsi qu'il convenait de s'en tenir aux constatations du médecin-conseil de l'ORP et de procéder à une nouvelle investigation sur sa capacité réelle de travail.

Egalement invitée à se déterminer, l'intimée a indiqué, le 24 novembre 2010, que les nombreuses expertises médicales avaient pratiquement toutes abouti à la même conclusion, à savoir une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée. Elle soulignait que les expertises des Drs C. _____ et P. _____ - à la base de sa décision du 11 août 2006 - et du Dr T. _____ avaient été jugées probantes par le Tribunal fédéral, lequel avait, au demeurant, confirmé la décision de l'OAI stipulant que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI et que sa capacité de travail était complète dans son activité habituelle de ramoneur. Compte tenu des quatre années écoulées depuis la décision, des nombreux avis médicaux des médecins-conseils et experts, ainsi que de l'arrêt du Tribunal fédéral du 7 septembre 2010, il ne se justifiait pas de mettre en œuvre de nouvelles mesures d'instruction.

E n d r o i t :

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

La présente cause a été introduite le 31 janvier 2007, devant le Tribunal des assurances, et suspendue jusqu'au terme de la procédure administrative pendante devant l'assurance-accidents. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui a succédé au Tribunal des assurances le 1^{er} janvier 2009, est ainsi compétente pour statuer (art. 93 al. 1 LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision sur opposition entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), le recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux conditions formelles de recevabilité, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. En l'espèce, l'assurance intimée a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 1^{er} novembre 2006, au motif que, ainsi qu'il résultait des rapports d'expertise établis dans le cadre des procédures de l'assurance-invalidité et de l'assurance-accidents, le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité légère ou adaptée, ou de 75 % dans la profession de ramoneur. Se référant aux avis médicaux du médecin-conseil de l'ORP, le recourant conteste cette appréciation, estimant qu'il résulte des rapports de ce médecin que son incapacité de travail est totale, compte tenu de l'interruption de son emploi temporaire subventionné en raison d'intolérables douleurs dorsales.

a) Selon l'art. 1a al. 1 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10), la présente loi régit l'assurance-maladie sociale; celle-ci comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières. En l'espèce, le litige porte sur le droit à des prestations en vertu d'un contrat collectif d'assurance perte de gain, dans le cadre de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des art. 67 ss LAMal. Partant, la LAMal est applicable.

b) Aux termes de l'art. 72 al. 2, première phrase, LAMal, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié. 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 et les références). 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. 1b). Ce principe a été codifié à l'art. 6, deuxième phrase, LPGA, qui prévoit qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité raisonnablement exigible peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Dans l'hypothèse où un assuré, en vertu de son obligation de diminuer le dommage, doit s'astreindre à changer de profession, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat - pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'à présent est due - pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi (cf. 21 al. 4 LPGA); dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en général être considéré comme adéquat (TF 9C_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.3; K 56/05 du 31 août 2006 consid. 3.3; ATF 114 V 281 consid. 3c; RAMA 2005 KV 342 p. 356).

c) Il convient, dans la présente cause, d'apprécier les renseignements médicaux figurant au dossier. A cet égard, il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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.

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, 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 et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane de médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I_81/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut 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; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4 et les références).

d) 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).

3. a) Dans le rapport d'expertise orthopédique du 3 novembre 2005, établi à la demande de l'OAI, l'expert C._____ explique que le recourant a présenté, à la suite de la chute survenue le 4 mars 2002, des lombalgies de faible intensité, sans symptomatologie radiculaire déficitaire, et que l'aggravation spontanée desdites douleurs neuf mois après l'accident ne pouvait être mise en relation de causalité avec l'événement assuré. Il retient qu'une incapacité maximum de 25 % peut être admise dans la profession de ramoneur, bien que les limitations soient minimales et difficilement explicables, et qu'une capacité de travail est exigible à 100 % dans toute autre activité légère ou adaptée. Le 10 avril 2006, dans le rapport d'expertise psychiatrique, le Dr P._____ retient les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de trouble somatoforme et de lombalgies chroniques sur discrets troubles dégénératifs et statiques de la colonne lombaire. Selon cet expert, le recourant ne présente pas de co-morbidité psychiatrique accompagnant le trouble somatoforme, ni de diminution de rendement.

Se prononçant le 5 mai 2006, le SMR, par le Dr L._____, estime que l'état de santé du recourant lui permet une reprise du travail à 75 % au moins dans l'activité exercée et une exigibilité totale dans une activité adaptée. Puis, le 24 octobre 2006, le SMR, par le Dr Q._____, constate que les minimales troubles dégénératifs et de la statique n'ont pas entraîné de conséquences auparavant et qu'une diminution de la capacité de travail ne peut s'entendre que comme mesure prophylactique ou comme prise en considération de la composante douloureuse, ce qui ne peut être admis dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux sans épine somatique importante.

Dans le rapport d'expertise subséquent du 21 août 2007, le Dr T._____ conclut que l'événement du 4 mars 2002 a engendré une contusion du rachis dorso-lombaire, avec un *statu quo sine* de quatre à six mois, et qu'au-delà, la symptomatologie douloureuse était en rapport de causalité probable, voire hautement probable, avec une banale discopathie L5-S1, dans un premier temps, puis avec l'installation d'un trouble somatoforme, dans un second temps. Selon lui, il n'existe aucune limitation fonctionnelle, tout comme il n'existe aucune aggravation depuis l'expertise du Dr C._____.

b) Sur la base des expertises mises en œuvre dans le cadre des procédures de l'assurance-accidents et de l'assurance-invalidité, l'assurance intimée a retenu, le 11 août 2006, que le recourant était pleinement apte à exercer une activité légère ou adaptée; elle précisait qu'il présentait une incapacité de travail de 25 % dans sa dernière activité de ramoneur. L'intimée s'est ainsi fondée sur les rapports d'expertises de la CNA et l'OAI, dont le caractère probant a été admis successivement par la Cour de céans et le Tribunal fédéral. Particulièrement, il a été jugé que les rapports des médecins spécialistes qui se sont prononcés dans le cadre d'un mandat d'expertise, soit les Drs C._____, P._____ et T._____, remplissaient les exigences formelles et matérielles auxquelles sont soumises les preuves médicales (cf. TF 8C_1016/2009 du 7 septembre 2010 consid. 3.4).

Au demeurant, le recourant n'élève aucune critique à l'encontre des avis des experts mandatés par la CNA et l'OAI. Il allègue simplement que les conclusions des médecins sont avant tout théoriques et sans relation avec la vérité quotidienne des faits; il n'apporte aucun élément probant tendant à démontrer la contradiction entre les appréciations théoriques et la réalité pratique. Par ailleurs, alors qu'il se prévalait, dans l'écriture de recours du 31 janvier 2007, du fait que les procédures AA et AI n'étaient pas encore définitives, il passe sous silence, dans sa détermination du 2 novembre 2010, l'ensemble des rapports

médicaux y relatifs, se référant uniquement à l'avis de la Dresse F._____, médecin-conseil de l'ORP.

c) Le caractère exigible de la reprise d'une activité professionnelle au 1^{er} janvier 2006 ne saurait être remis en question par l'appréciation de la Dresse F._____, laquelle n'apporte, d'ailleurs, aucun élément nouveau.

En effet, dans ses rapports et certificats médicaux, ce médecin se limite à attester des incapacités de travail en fonction des plaintes subjectives du recourant. Preuve en est le rapport du 12 janvier 2007 qui, après l'interruption d'un emploi temporaire subventionné, mentionne une incapacité de travail totale pour une durée de deux à quatre semaines, en raison d'intolérables douleurs dorsales dont se plaint l'assuré. Précédemment, soit le 19 octobre 2006, ce médecin avait estimé à 50 % la capacité de travail avec, comme limitations, l'interdiction du port de charges à répétition au-dessus de 12 kg et l'alternance des positions assises et debout. Or, le 16 août 2006, le médecin traitant du recourant reconnaissait à ce dernier une capacité de travail de 80 % dans un travail excluant le port de charges supérieures à 3 kg et interdisant un travail en position debout continue.

Il n'est pas nié, en l'espèce, que le recourant présente des lombalgies chroniques et un trouble somatoforme. A cet égard, il sied de rappeler que l'OAI a pris en compte l'existence de ces douleurs, dans la mesure où il a mis en œuvre une expertise psychiatrique tendant à juger, à l'aune des critères jurisprudentiels, du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux. Or il s'est avéré, aux termes du rapport d'expertise du Dr P._____, que le recourant ne présentait pas de troubles ayant une répercussion sur la capacité de travail.

Partant, le point de vue du recourant, qui se fonde uniquement sur l'avis de la Dresse F._____ - au demeurant peu motivé - ne saurait être décisif. Ses rapports retiennent une incapacité de travail de 50 % puis de 100 % - pour une durée de deux à quatre semaines -, sans l'expliquer

autrement que par les plaintes du recourant. Or, l'existence des douleurs ressenties par le recourant n'est pas en contradiction avec les conclusions des différents experts.

d) A l'aune de ce qui précède, force est de constater que rien ne s'oppose à suivre l'appréciation des experts interrogés dans le cadre des procédures AA et AI, dont les rapports, convaincants et étayés, remplissent les exigences pour se voir reconnaître pleine valeur probante, et qu'aucune opinion contraire ne vient sérieusement remettre en cause.

On précisera en outre que le rapport d'expertise du 3 novembre 2005 du Dr C. _____ retient une capacité de travail "actuelle" de 100 %, avis confirmé notamment par le Dr T. _____.

C'est dès lors à juste titre que l'intimée s'est fondée sur les avis des experts mandatés par l'OAI et la CNA et a arrêté qu'à compter du 1^{er} janvier 2006, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et une capacité de travail de 75 % dans son activité habituelle de ramoneur.

e) L'assurance intimée a accordé au recourant un délai de trois mois pour reprendre une activité mieux adaptée à son état de santé, dans la mesure où elle ne pouvait mettre un terme au versement de ses prestations sans l'avoir préalablement informé de son devoir de changer de profession, respectivement sans lui avoir accordé un délai convenable d'adaptation.

A cet effet, la Cour constate que le recourant a été informé, par décision du 11 août 2006, que sa capacité de travail était réputée pleine et entière dans une activité adaptée. Toutefois, ce dernier avait conscience de son obligation de diminuer le dommage au mois de janvier 2006, puisqu'il s'est inscrit à l'ORP - son contrat de travail ayant pris fin le 31 juillet 2005. En effet, l'intimée l'avait informé, par décision du 23 janvier 2006, qu'elle mettait un terme au versement de l'indemnité journalière, décision qui fut toutefois annulée à la suite de l'opposition du

recourant faisant valoir qu'il demeurerait dans l'attente d'une décision de l'OAI. Or, il sied de préciser à cet effet qu'un assuré ne peut invoquer le fait qu'il est en attente de mesures de l'assurance-invalidité pour se soustraire à son obligation de diminuer le dommage vis-à-vis de l'assurance-maladie (cf. ATF 129 V 460).

Cela étant, l'assurance intimée a correctement informé le recourant de son devoir de changer de profession et lui a accordé, par décision du 11 août 2006, un délai d'adaptation de trois mois, lequel apparaît approprié à la situation, attendu que l'assuré s'était annoncé à l'ORP au début de l'année 2006. L'application des règles sur l'obligation de diminuer le dommage, respectivement l'octroi d'un délai d'adaptation de trois mois, n'est dès lors pas critiquable.

4. Il s'en suit que l'expertise demandée par le recourant, à titre de moyen de preuve, n'a pas à être ordonnée dans la mesure où le dossier médical est suffisamment instruit et permet une bonne intelligence de la cause. Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101; SVR 2001 IV n. 10 consid. 4), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1b et la référence).

5. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires. Vu le sort du recours, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (cf. art. 61 let. g *a contrario* LPGA).

**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 20 décembre 2006 par W._____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Denis Bridel (pour X._____)
- W._____
- 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 :