

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 juin 2010

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre
Greffier : M. Bichsel

Cause pendante entre :

H._____, à Vevey, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
Secrétaire général de l'Association Suisse des Assuré(e)s, à Lausanne,

et

N._____, à [...], intimée.

Art. 72 al. 2 LAMal et 6 LPGA

E n f a i t :

A. H._____, né en 1956, maçon, était assuré auprès de N._____ (ci-après: N._____ ou la caisse) pour une indemnité journalière couvrant le 80 % du salaire assuré dès le 31^e jour d'incapacité de travail, dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par son employeur, l'entreprise S._____ SA à [...]. Le 4 décembre 2006, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation, qu'il a décrit comme il suit à l'occasion d'un entretien du 15 mai 2007 avec un inspecteur de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA ou la Suva):

"Ce jour-là, placé sur un chantier des CFF à [...], j'ai pris la camionnette de l'entreprise pour aller chercher du béton à [...]. Arrivant en montée à la hauteur du débouché de l'autoroute, j'ai vu un camion à béton s'arrêter au stop puis repartir au moment où j'arrivais. J'ai freiné, serrant sur ma gauche mais n'ai pu éviter le choc avec l'avant du camion. Ce jour-là, il avait plu. Je portais un ciré de chantier et le casque de chantier. J'étais attaché. La vitre de portière côté droit s'est brisée. J'avais le pied à fond sur le frein. Quant au camion, il continuait d'avancer. Le choc s'est produit alors que je devais rouler à environ 50 km/h. J'ai dû perdre conscience quelques secondes, ne me souvenant plus comment je suis sorti de mon véhicule. A chaud, je n'ai pas ressenti de douleurs. J'ai dû heurter le volant avec mon casque, ayant mal depuis l'accident de chaque côté du crâne, en-dessus des oreilles, mais je n'avais aucune blessure ouverte. J'ai ensuite avisé l'entreprise de mon accident."

[...]

"Dans les heures qui ont suivi le choc, j'ai commencé à avoir mal partout, comme des "fibromyalgies", notamment à la nuque, au thorax, au dos et jusque dans les pieds."

Le Dr E._____, généraliste FMH et médecin traitant consulté le lendemain de l'accident par l'intéressé, a posé le diagnostic de contusion cervicale, des examens par radiographies n'ayant révélé aucun signe de fracture. Dans un rapport établi le 29 janvier 2007 à l'attention de la CNA, ce praticien a retenu le diagnostic de traumatisme cervical, dont l'évolution était marquée par une lente amélioration, et relevé qu'il y avait à craindre un dommage permanent sous la forme d'un "*traumatisme*

psychique" (sans plus de précisions). La CNA a pris en charge les suites du cas.

Dans un rapport établi le 6 juin 2007, le Dr R._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué que les radiographies de la colonne cervicale et dorsale réalisées le 4 décembre 2006 étaient superposables à celles réalisées six mois auparavant, lesquelles avaient documenté une spondylarthrose L5-S1 évoluée, des séquelles de troubles dystrophiques de croissance de type Scheuermann dorsal et des signes d'arthrose postérieure C5-C6 et C6-C7; les radiographies du thorax n'avaient par ailleurs révélé aucun problème particulier. Le Dr R._____ relevait notamment ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Les plaintes subjectives" [...] "sont tout à fait atypiques, elles sont diffuses et mal systématisées. L'examen clinique est marqué par des signes florides de non-organicité avec quelques discordances (notamment entre les mouvements spontanés et l'absence de posture antalgique) observées lors de l'entretien, contrastant avec les hyper-réactions et la rigidité affichée par l'assuré lors de l'examen clinique."

[...]

"En résumé, sur le plan strictement somatique, cet assuré a vraisemblablement tout au plus présenté, suite à son accident, une contusion cervicale simple, si l'on se base sur le rapport initial du Dr E._____.

Si l'on se base sur ses seules conséquences somatiques nous devons considérer que 6 mois après l'accident ou au plus tard à ce jour, l'accident a entièrement et largement cessé de déployer ses effets."

[...]

"En conclusion : Les troubles de la sphère non-organique constituent l'essentiel du tableau clinique actuel. Ces troubles qui semblent s'être greffés sur l'accident font actuellement l'objet d'un traitement antidépresseur par le Dr E._____ qui évoque de son côté un « traumatisme psychique ». Ils n'ont pas permis à cet assuré de reprendre le travail jusqu'ici.

Nos services administratifs pourront soumettre ce dossier à notre psychiatre-conseil qui pourra se prononcer sur la causalité naturelle entre cette problématique psychique apparemment invalidante actuelle et l'accident. Il appartiendra ensuite le cas échéant aux instances compétentes de la Suva de se prononcer sur l'adéquation entre les troubles psychiques et l'accident qui nous concerne."

Par décision du 11 juin 2007, la CNA a mis fin au versement de ses prestations avec effet au 7 juin 2007, au motif que, s'agissant des seules suites de l'accident du 4 décembre 2006, l'assuré était réputé apte à travailler à 100 % dès cette date. Se référant à l'appréciation du Dr R._____, la CNA a retenu que les troubles présentés par l'intéressé sur le plan somatique dès le 7 juin 2007 relevaient des suites d'une maladie, respectivement que ses atteintes sur le plan psychique n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'événement accidentel.

Le 14 juin 2007, N._____ a formé une "*opposition de principe*" à la décision de la CNA.

Dans un rapport adressé au Dr E._____ le 5 juillet 2007, le Dr F._____, généraliste FMH et médecin-conseil de la caisse, a relevé que l'évolution avait été d'emblée défavorable, malgré l'absence de lésions organiques objectivables, et que la situation ne s'était pas améliorée sous traitement anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) et physiothérapie; en l'état, l'assuré restait très ancré dans sa symptomatologie douloureuse, et se disait incapable de reprendre son activité professionnelle, même à temps partiel. Le Dr F._____ évoquait l'existence d'une "*surcharge psychogène*", et, bien que ne doutant pas de la sincérité de l'intéressé, avait "*tout de même l'impression qu'il y a[vait] ici une très légère amplification des plaintes*". Il proposait une reprise de travail progressive, à 50 %, dès le 27 juillet 2007 - date correspondant à la fermeture estivale de l'entreprise, de sorte que la reprise effective n'aurait lieu que trois semaines plus tard -, afin de pouvoir apprécier concrètement sa capacité de travail dans son ancienne activité; l'assuré avait paru d'accord avec cette proposition. Le Dr F._____ en a informé la caisse par courrier du même jour, précisant que l'incapacité de travail actuelle présentée par l'intéressé, d'origine essentiellement psychique, était justifiée.

Par courrier du 13 juillet 2007, N._____ a informé l'assuré que l'indemnité journalière relative à sa perte de salaire lui serait allouée à 50 % dès le 27 juillet 2007, la reprise effective de son activité à ce taux

étant arrêtée au 20 août 2007, selon l'accord oral conclu avec le Dr F._____. Par courrier adressé le même jour à la CNA, la caisse a déclaré retirer son opposition contre la décision du 11 juin 2007.

Par décision sur opposition du 19 juillet 2007, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 11 juin 2007.

Il résulte d'un courrier adressé le 20 août 2007 par l'employeur S._____ SA à l'assuré que celui-ci ne s'est pas présenté sur son lieu de travail ce jour-là, contrairement à ce qui avait été convenu, et ce sans fournir d'explications. A teneur d'un nouveau courrier du 28 septembre 2007, l'assuré lui a fait parvenir un certificat médical prolongeant son incapacité de travail de 30 jours, soit jusqu'au 19 septembre 2007; l'employeur était sans nouvelle de sa part depuis cette date, se plaignait de son attitude et le mettait en garde contre un constat possible d'abandon de poste.

La caisse a décidé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, réalisée les 28 septembre et 19 octobre 2007 par le Dr C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse V._____, spécialiste en psychothérapie FMS, du [...]. Dans le rapport y relatif, établi le 7 décembre 2007, étaient retenus les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié, ainsi que de non ou très mauvaise observance au traitement (Seropram; Zaldiar; Xanax). Les experts, qui mentionnaient qu'un test de Hamilton 17 s'était soldé par un score de 10-11, ce qui correspondait à une "*dépression légère*", indiquaient notamment ce qui suit:

"D'un point de vue **psychopathologique**, M. H._____ a probablement présenté des suites de l'accident du 04.12.2006, un **trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive**. Selon les critères du DSM IV, le diagnostic d'état de stress post-traumatique *lege artis* s'accompagne du développement de symptômes typiques faisant suite à un événement psychologiquement traumatisant hors du commun. En d'autres termes, le facteur de stress à l'origine de cet événement pourrait créer des symptômes de détresse chez la plupart des individus, et [serait] en général vécu avec un sentiment intense de peur, de terreur et d'abandon.

A priori, l'événement incriminé - soit un banal accident de la circulation, sans perte de connaissance ou de lésion physique - ne répond pas à ces critères. Ceci d'autant plus que l'assuré est rentré chez lui, accompagné de l'un de ses collègues pour ne consulter son médecin de famille que le lendemain. Le symptôme clé de l'état de stress post-traumatique est le « syndrome de répétition » principalement exprimé par le cauchemar de répétition dans lequel le sujet revit l'événement traumatisant non maîtrisé lors de sa survenue dans la réalité, accompagné de flash-backs, d'évitement des situations rappelant de près ou de loin l'événement incriminé. La symptomatologie relevée lors de cet examen clinique chez ce sujet dramatique, suggestible, contradictoires, donne peu d'indications en cette faveur et nous relevons que depuis lors, M. H. _____ a pu reprendre la conduite automobile, nous dit-il accompagné de son épouse. A relever, que celle-ci n'est pas titulaire d'un permis de conduire."

[...]

"L'évolution fait surtout évoquer l'hypothèse d'une « hystérisation secondaire » à un accident bénin, sans dommage physique - vérification faite auprès des témoins - malgré la description assez dramatique que l'assuré en fait en contradiction avec les éléments objectifs, notamment le rapport de police.

On assiste depuis lors à un tableau clinique associant à la fois les symptômes psychiques atypiques, somatiques (malaises diffus, fatigue, insomnie, et crises émotionnelles)." [...]

"Dans ce type de situation, il est très difficile de classer sans hésitation, ni ambiguïté, à ce carrefour nosographique où les troubles d'allure hystérisiforme interfèrent tantôt avec la pathologie « extenso-progressive de Barre » ou la sinistrose, l'hypochondrie voire la simulation. Dans la pratique, on ne peut manquer de constater combien l'évolution et pronostic sont étroitement liés à la solution des mises en invalidité et indemnisations.

On retient que l'assuré nous déclare à plusieurs reprises prendre régulièrement son traitement, y compris à notre demande précise-t-il le matin même de l'expertise, alors que nos examens paracliniques démontrent le contraire (**non ou très mauvais observance au traitement (Zaldiar; Seropram; Xanax)**).

L'ensemble de ces éléments vont dans le sens d'une amplification des symptômes, hypothèse qui a été relevée par la plupart des intervenants extérieurs à la situation qui l'ont examiné; d'une « sursimulation » de nombreux symptômes; terme qui caractérise l'existence d'un fond pathologique réel, exagéré pour les besoins de la cause. Quand on parle de l'amplification des symptômes, il s'agit d'une appréciation qui se fonde sur un ensemble de critères qui, pris dans leur ensemble, soutiennent cette hypothèse. On relève une description des symptômes qui se fait sur un mode dramatique, démonstratif. Les plaintes ici sont exprimées sur un mode accusateur face au médecin, aux assurances sociales. Le poids de la souffrance manifeste paraît souvent flou et exprimé avec ambiguïté."

[...]

"En d'autres termes, nous parlerons ici tout au plus d'un **trouble somatoforme indifférencié** avec amplification des plaintes ou d'une forme d'hystérisation secondaire qui offre apparemment des solutions pratiques à des problèmes de réalité."

[...]

"De notre point de vue, la capacité de travail est entière chez un sujet qui évolue vers une forme de névrose de rente et probablement au plus tard 6 mois après l'événement incriminé, soit le 4.6.2007, par analogie au trouble de l'adaptation." [...]

Le Dr C. _____ et la Dresse V. _____ concluaient que la non reprise de son activité par l'intéressé tenait à son manque de motivation et à l'importance des bénéfices secondaires, une revendication de prestations par simulation ou exagération étant à leur sens probable; sa capacité de travail était réputée pleine et entière dès le 4 juin 2007 dans toute activité adaptée à sa motivation, à sa formation et aux limitations fonctionnelles sur le plan somatique.

Par courrier du 12 décembre 2007, l'employeur S. _____ SA a relevé que l'assuré, qui avait repris son activité le 26 novembre 2007 à 8h00, avait quitté son poste le jour même à 9h00, sans en avertir ni ses collègues ni le bureau, et ne l'en avait informé que "*plus tard*", par téléphone. L'employeur avait par ailleurs appris par ses propres moyens que l'intéressé était en possession d'un certificat médical établi le 5 décembre 2007 par son médecin traitant, le Dr E. _____, attestant d'une pleine capacité de travail dès le lendemain, certificat qui lui avait été dissimulé ainsi qu'à la caisse; il en concluait que l'assuré avait décidé de son propre chef de renoncer à reprendre son poste de travail, décidant par là même de ne plus faire partie de son personnel.

Par décision du 27 décembre 2007, N. _____ a mis fin au versement de l'indemnité journalière avec effet immédiat, étant précisé qu'il était renoncé, par gain de paix, à demander à l'assuré le remboursement des prestations versées du 7 juin au 30 novembre 2007. Se référant aux conclusions du rapport établi par le Dr C. _____ et la Dresse V. _____, la caisse a retenu que l'état de santé

de l'intéressé lui aurait permis une reprise du travail à 100 % dès le 4 juin 2007, soit six mois après la survenance de l'événement accidentel.

L'intéressé s'est opposé à cette décision par écriture du 15 janvier 2008, faisant en substance valoir que la caisse n'avait tenu aucun compte des avis de son médecin traitant et des autres spécialistes consultés; il la priait dès lors de requérir ces différents avis avant de rendre sa décision définitive, et de lui accorder les prestations auxquelles il avait droit. Etait joint un certificat médical établi le 7 janvier 2008 par le Dr J._____, généraliste auprès du Centre médical [...], attestant d'une incapacité de travail à 100 % du 6 décembre 2007 au 7 février 2008 - la date de reprise du travail devant être réévaluée "*selon l'évolution*". L'assuré, désormais représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, Secrétaire général de l'Association Suisse des Assuré(e)s (ASSUAS), a complété son opposition par courrier du 18 janvier 2008, contestant les conclusions du rapport établi par le Dr C._____ et la Dresse V._____, et concluant à l'annulation de la décision du 27 décembre 2007, respectivement à sa réforme dans le sens de la poursuite du versement d'indemnités journalières pleines et entières tant que persisterait son incapacité totale de travail. Etaient annexés divers certificats médicaux établis par le Dr E._____, dont le dernier en date, du 5 décembre 2007, mentionnait une reprise possible à 100 % dès le lendemain, alors que le précédent, daté du 28 novembre 2007, reconduisait l'incapacité de travail pour une durée probable de 120 jours.

Dans un rapport adressé au Dr J._____ le 15 janvier 2008, le Dr X._____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a relevé qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) avait documenté une "*insuffisance segmentaire L5-S1 nette avec déformation cunéiforme de L5 compatible avec une ancienne fracture (peu fréquente à ce niveau) ou une malformation de la charnière*", affection à son avis plutôt dégénérative que traumatique - étant précisé qu'il était difficile d'être affirmatif sur ce point -, et proposé, dans un premier temps, des blocs facettaires L5-S1.

Le 18 février 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession ("*éventuellement, selon état de santé*"), subsidiairement d'une rente.

Par courrier du 18 janvier [recte: février] 2008, l'assuré a adressé à la caisse un rapport établi le 13 février 2008 par le Dr Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie consulté les 28 janvier et 11 février 2008, dans lequel étaient posés les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et d'état de stress post-traumatique (F43.1). Selon ce psychiatre, la thymie de l'intéressé - qui s'était montré "*très collaborant*" pendant les consultations - était fortement perturbée, son discours portant souvent sur le thème de la dévalorisation, de la perte d'estime de soi et d'idées négatives; un test de Hamilton 17 avait abouti à un résultat de 26 points, correspondant à une dépression sévère. Le Dr Q._____ relevait en outre un certain nombre de contradictions entre ses constatations propres et celles résultant du rapport établi par le Dr C._____ et la Dresse V._____: ainsi, concernant l'événement accidentel, l'assuré évoquait des souvenirs en flash ainsi que des rêves répétés, signes d'un état de stress post-traumatique; par ailleurs, il prenait les médicaments prescrits avec régularité (un dosage de la médication réalisé le 11 février 2008 ayant à cet égard confirmé une bonne compliance au traitement), et aurait informé le Dr C._____ de ce que, n'en ayant plus, il n'avait pas pu les prendre le jour de l'examen. Le Dr Q._____ estimait en conséquence que, compte tenu de la présence d'un état dépressif sévère, l'intéressé présentait une incapacité de travail à 100 % pour une durée indéterminée, le pronostic à long terme lui paraissant compromis; il précisait que l'assuré souffrait "*vraiment*", à son avis, de dépression et de séquelles de son traumatisme, et que le fait qu'il soit "*parfois un peu démonstratif*" n'autorisait en aucun cas la conclusion d'une majoration intentionnelle des symptômes.

Le Dr X._____ a établi deux certificats médicaux les 19 février et 6 mars 2008, attestant une incapacité totale de travail dès le 6

février 2008, respectivement dès le 6 mars 2008; chacun de ces certificats mentionnait que *"la date de la reprise du travail à un pourcentage supérieur [était] encore indéterminée, mais au minimum 1 mois depuis la date de ce certificat"*.

Par courrier adressé au conseil de l'assuré le 10 juillet 2008, N._____ a indiqué que le rapport établi par le Dr Q._____ n'apportait à son sens aucun élément nouveau et important de nature à modifier sa position. Cela étant, la caisse avait appris, à l'occasion d'un entretien téléphonique avec le Dr X._____, que la validité des certificats établis par ce médecin était de 3 jours pour chacun, la durée d'un mois mentionnée sur les documents en cause provenant d'une erreur de secrétariat; dans la mesure où l'assuré n'était pas responsable de ces erreurs de rédaction, la caisse proposait de prolonger le paiement des pleines indemnités journalières au-delà du 30 novembre 2007, et ce jusqu'au 31 mars 2008, pour solde de tout compte et moyennant le retrait de son opposition à la décision du 27 décembre 2007.

L'intéressé a rejeté cette proposition par courrier du 23 juillet 2008, maintenant être en incapacité de travail totale également à compter du 1^{er} avril 2008. Il produisait à cet égard les pièces médicales suivantes:

- un rapport établi le 27 février 2008 par la Dresse W._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie consultée par l'assuré dès le 15 février 2008, dans lequel étaient posés les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique, de trouble dépressif et anxieux généralisé, de rachialgies diffuses avec sciatalgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs avec séquelles de maladie de Scheuermann et dysbalances musculaires, ainsi que de psoriasis cutané. Ce médecin, qui mentionnait que l'intéressé était notamment suivi par Mme M._____, thérapeute spécialisée dans les syndromes de stress post-traumatique, relevait ce qui suit dans son appréciation du cas:

"M. H._____ souffre de rachialgies diffuses s'accompagnant d'une sciatalgie G [gauche], avec à l'examen clinique des troubles statiques modérés, sans élément pour un syndrome radiculaire

irritatif ou déficitaire. Les investigations radiographiques réalisées jusqu'ici n'ont démontré que des troubles dégénératifs au niveau lombaire avec une discarthrose L5-S1, sans image de hernie discale, le tout s'accompagnant de séquelles de maladie de Scheuermann dorso-lombaires.

A cela s'ajoute un important déconditionnement musculaire chez un patient obèse et qui depuis plus d'un an n'a pratiquement plus d'activité physique.

Ce tableau douloureux chronique s'inscrit dans un contexte de syndrome de stress post-traumatique, qui a fait l'objet d'investigations, et actuellement d'une prise en charge, et qui fait suite à un accident de circulation survenu le 04.12.2006. La SUVA n'a pas reconnu cet élément, et l'assurance perte de gain maladie refuse aujourd'hui de reconnaître le droit à des prestations depuis début janvier 2008.

Il apparaît pourtant évident aujourd'hui que ce patient souffre d'un trouble dépressif marqué avec état anxieux et toujours des manifestations de syndrome de stress post-traumatique avec d'importants troubles du sommeil, des cauchemars... A noter également depuis l'accident de décembre 2006 une importante exacerbation des lésions de psoriasis en plaques, disséminées s'accompagnant d'une atteinte des phanères. Il n'y a actuellement pas d'élément pour une spondylarthropathie d'origine psoriasique.

Il apparaît bien évident aujourd'hui que ce patient n'est pas en mesure de reprendre une quelconque activité professionnelle, et une incapacité de travail de 100 % se justifie."

- un nouveau rapport établi le 7 mars 2008 par la Dresse W._____ à l'attention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI), confirmant les diagnostics posés dans son rapport du 27 février 2008 - le diagnostic de psoriasis cutané avec atteinte des phanères étant réputé sans répercussion sur la capacité de travail. Selon la Dresse W._____, l'assuré était dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité en raison d'atteintes tant sur le plan somatique que sur le plan psychique, le cas relevant à son sens "*à l'évidence de l'assurance-accidents*";

- un rapport établi le 20 mars 2008 par le Dr Q._____, lequel retenait comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressé les diagnostics (déjà posés dans son précédent rapport du 13 février 2008) d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et d'état de stress post-traumatique (F43.1), et mentionnait par ailleurs, comme atteintes réputées sans répercussion sur la capacité de

travail, les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), d'hypertension artérielle (HTA) et de psoriasis. Ce psychiatre maintenait que la capacité de travail de l'assuré était nulle en l'état, pour une durée indéterminée, compte tenu de la gravité de la dépression, et précisait, s'agissant des limitations fonctionnelles sur le plan psychique, que sa capacité de concentration était limitée en raison de l'état dépressif, que sa capacité de compréhension était limitée en raison de son manque de scolarité, que sa capacité d'adaptation était limitée en raison d'une "personnalité rigide", enfin que sa résistance était limitée en raison de sa "position de victime".

Par décision sur opposition du 7 octobre 2008, N._____ a confirmé sa décision du 27 décembre 2007 et rejeté l'opposition formée par l'assuré, en ce sens qu'il était mis un terme au versement de ses prestations dès le 1^{er} décembre 2007. La caisse a en substance retenu que, s'agissant des atteintes présentées par l'intéressé sur le plan psychique, les conclusions du rapport établi par le Dr C._____ et la Dresse V._____ - rapport qui remplissait à son sens toutes les conditions pour se voir reconnaître pleine valeur probante - devaient être préférées à celles du Dr Q._____, compte tenu de la position de médecin traitant de ce dernier. En outre, l'appréciation de la Dresse W._____ ne permettait pas de reconnaître une incapacité de travail, même partielle, en raison des atteintes sur le plan somatique; quant aux diagnostics retenus par ce médecin sur le plan psychique, ils sortaient "à l'évidence du champ de ses compétences", l'existence d'un syndrome de stress post-traumatique ayant au demeurant été réfutée dans la décision sur opposition rendue par la CNA le 19 juillet 2007, décision qui n'avait pas fait l'objet d'un recours.

B. H._____ a formé recours contre cette décision sur opposition devant le Tribunal des assurances par acte du 7 novembre 2008, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il avait "*droit au versement de pleines et entières indemnités journalières y compris à compter du 1^{er} décembre 2007, ce jusqu'à l'échéance de la durée contractuelle convenue (date à fixer en cours d'instance)*", subsidiairement à son annulation, avec pour suite le renvoi de la cause à

la caisse pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. Il a fait valoir, en substance, qu'il résultait des constatations de la Dresse W._____ et du Dr Q._____ - lesquels ne pouvaient être assimilés, à l'époque où ils avaient établis leur premiers rapports respectifs, à ses médecins traitant - qu'il était en incapacité totale de travail depuis le 4 décembre 2006, en raison de troubles sur les plans tant somatique que psychique. Le rapport d'expertise établi par le Dr C._____, psychiatre dont l'objectivité était qualifiée de "*douteuse*", n'était pas de nature, selon l'intéressé, à remettre en cause l'appréciation circonstanciée et probante de la Dresse W._____ et du Dr Q._____ ; le cas échéant, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, rhumatologique et orthopédique) était requise, afin que soit déterminée sa capacité de travail exigible. Etais annexé un rapport établi le 28 octobre 2008 par le Dr Q._____, lequel indiquait que l'état de santé du recourant ne s'était pas amélioré malgré une très bonne compliance au traitement, l'incapacité de travail demeurant totale, et se disait "*très étonné*" de la décision de la caisse.

Dans sa réponse du 15 janvier 2009, N._____ a relevé que la "*sursimulation*" dont faisait preuve le recourant avait été confirmée par la plupart des médecins consultés, y compris notamment par le Dr Q._____, et que l'appréciation de la Dresse W._____ était fondée presque uniquement sur les douleurs telles que décrites par l'intéressé, "*sans réelles autres observations*". C'était dès lors à bon droit, selon elle, que la caisse intimée avait retenu que le recourant était apte à reprendre son activité professionnelle dès le mois de juillet 2007, et ce malgré ses plaintes. En outre, N._____ estimait que l'assuré avait contrevenu à son obligation de diminuer le dommage, dans la mesure où le traitement n'avait pas été suivi avec régularité, d'une part, et dès lors qu'un suivi médical sérieux n'avait été entrepris qu'au moment de la suspension des prestations par l'assureur, après de longs mois sans aucun traitement réel et spécifique, d'autre part. Enfin, le manque de collaboration de l'intéressé avait également été relevé à plusieurs reprises par son employeur, qui l'avait finalement licencié en date du 12 décembre 2007. La caisse

concluait en conséquence au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

C. a) Une audience d'instruction a été tenue le 21 avril 2009.

Les parties ont sollicité un bref délai afin de tenter de trouver une issue transactionnelle au litige, délai qui leur a été imparti.

b) Par courrier du 29 avril 2009, N._____ a proposé au recourant un montant forfaitaire correspondant à une prise en charge jusqu'au mois de juillet 2008, "*pour solde de tout compte et sans reconnaissance aucune*".

Par écriture du 8 mai 2009, l'intéressé a informé l'autorité de céans qu'il refusait cette proposition transactionnelle, et requis qu'il soit statué sur le fond.

D. Suite à la requête en ce sens du juge en charge de l'instruction de la cause, l'OAI a, par écriture du 7 août 2009, produit le dossier complet du recourant, comprenant notamment les pièces suivantes:

- une attestation établie le 9 janvier 2008 par la thérapeute familiale M._____, dont il résulte ce qui suit:

"Monsieur H._____ est venu me consulter dans le cadre du soutien psychologique offert aux personnes reconnues comme victime au sens de la LAVI, Loi d'Aide aux Victimes d'Effractions [*sic!*], la première fois le 19 septembre 2007.

Lors de notre première rencontre, Monsieur H._____ a expliqué qu'il avait été victime d'un accident de travail, et bien que l'événement remonte à plusieurs mois, il souffrait encore de nombreux symptômes de stress post-traumatique :

Angoisses, peurs irraisonnées, insomnies, cauchemars, trouble de la mémoire, perte d'équilibre, hypersensibilité aux bruits, regard trouble, douleurs générales et particulièrement dans les cervicales et le thorax, psoriasis.

J'ai pu constater plusieurs de ces symptômes « en direct ».

Monsieur H._____ m'a informée qu'il a vu différents thérapeutes sans qu'il ne constate une diminution de ses symptômes.

Il m'a été adressé en raison de ma pratique de la thérapie « Somatic Experiencing ».

Nous nous sommes rencontrés 10 fois, malheureusement Monsieur H. _____ n'a pas constaté d'amélioration dans son quotidien.

Quant à moi je ne constate, en effet, pas de diminution notable de ses symptômes. Il semble que la « Somatic Experiencing » n'est pas une aide pour lui. Nous avons mis un terme à la thérapie.";

- un rapport établi le 15 juin 2009 par le Dr Z. _____, la Dresse D. _____ et Mme P. _____, respectivement spécialiste FMH en médecine interne, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et neuropsychologue FSP auprès du [...] [...] agissant comme Centre d'Observation Médicale de l'Assurance Invalidité (COMAI), suite à une expertise multidisciplinaire réalisée, à la demande de l'OAI, les 16 décembre 2008 et 26 mai 2009. Etait retenu comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressé le diagnostic de lombosciatalgies droites sans syndrome radiculaire déficitaire sur discopathie importante L5-S1 (existant depuis 2006) - le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), également retenu, étant réputé sans répercussion sur la capacité de travail -, ces médecins indiquant ce qui suit dans leur appréciation consensuelle du cas:

"Sur le plan somatique, les constatations objectives sont pauvres, les facteurs d'exagération manifestes, il reste tout au plus des images radiologiques, notamment une discopathie dégénérative L5-S1 relativement importante. Considérant celles-ci, une adaptation du poste de travail serait souhaitable, soit une limitation dans le soulevé des poids : pas plus de 15 kg non répétitif, les bras proches du corps, qui accepterait de fréquents changements de position, qui ne l'obligerait ni aux flexions répétées et importantes du tronc, ni aux accroupissements, ni aux positions inconfortables. Dans le respect de ces limitations, la capacité de travail serait complète avec un rendement de 100 %.

Nous ne connaissons pas la définition du dernier poste de travail de chef d'équipe, mais on peut supposer que cette activité était adaptée.

Sur le plan psychique, l'expertisé se présente comme une personne évitante et frustrée, avec peu de ressources intrapsychiques, figée dans une position de victime. Aucun traitement n'a permis un changement."

[...]

"Dans le cadre de l'expertise présente, le rhumatologue mentionne la présence de nombreux signes de non organicité selon Waddell et de non collaboration manifeste.

Les taux sanguins de Carbamazépine et Tramadol ne sont pas très élevés pour quelqu'un qui se plaint beaucoup de douleurs. Par ailleurs dans le cadre d'un épisode dépressif décrit comme sévère par le psychiatre traitant, ainsi que d'un état de stress post-traumatique, on s'attendrait à une médication un peu plus conséquente que seulement 10mg de Citalopram, surtout chez un obèse présentant un BMI à 40. On peut aussi se poser la question d'une hospitalisation lors d'un diagnostic de dépression d'une telle sévérité."

[...]

"Lors des tests neuropsychologiques, l'assuré a surtout montré un comportement démonstratif et une collaboration très restreinte, mais aucun signe anxieux, par contre nombreux soupirs et un ralentissement habituellement pas observé dans ce type de situation. Par ailleurs on relève des incohérences qui ne peuvent qu'être mis en relation avec des facteurs d'exagération et de mauvaise collaboration.

En cours d'examen, nous n'avons pas observé de crise anxieuse, aucune attaque de panique, aucun signe neurovégétatif, l'assuré était loquace et cherchait à convaincre de l'importance de ses symptômes.

Les plaintes subjectives ne peuvent ainsi pas être validées par l'observation. Cette constatation est concordante avec les observations précédentes.

De la même manière, nous ne pouvons pas étayer le diagnostic d'état de stress post-traumatique qui est essentiellement anamnestique. Par ailleurs, il est inhabituel que ce type de syndrome se développe après un accident de gravité faible à moyenne, de surcroît avec un stress unique et ponctuel comme un accident de la route, et [qui] plus est lorsqu'il y a eu évanouissement.

Le diagnostic de trouble somatoforme a été précédemment posé, nous retenons également celui-ci. Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique sévère associée, les relations sociales sont essentiellement familiales, mais présentes. Associé à ce trouble il y a par contre une tendance nette à l'amplification.

En conclusion, nous [n']avons aucun élément objectif qui permettrait de reconnaître une incapacité de travail partielle ou totale, ou même [une] diminution de rendement.";

- un rapport établi le 9 juillet 2009 par le Dr G._____ du Service médical régional AI (SMR), lequel faisait sien le diagnostic de lombosciatalgies droites sans syndrome radiculaire déficitaire sur discopathie importante L5-S1 depuis 2006 posé dans le rapport

d'expertise du 15 juin 2009, et retenait une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle depuis le 6 décembre 2006 (en référence à l'appréciation de la Dresse W. _____), respectivement une capacité de travail pleine et entière dans toute activité adaptée à l'état de santé de l'intéressé, soit ne nécessitant ni position du tronc tenue en porte-à-faux, ni flexion-rotation répétées du tronc, ni accroupissement, et permettant d'alterner les positions. S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, le Dr G. _____ précisait ce qui suit:

"Concernant l'exigibilité dans la profession antérieure, nous nous écartons des conclusions du COMAI au motif que la profession de maçon dans une entreprise de construction et/ou de travaux publics n'est pas adaptable au sens entendu par les experts."

b) Interpellé par le juge instructeur, le Dr Q. _____ a indiqué, par courrier du 15 janvier 2010, qu'il était consulté par le recourant depuis le mois de janvier 2008 pour un état dépressif sévère, un état de stress post-traumatique et un trouble somatoforme douloureux persistant, ceci à raison d'environ une fois par mois s'agissant d'une "*situation chronique avec peu d'évolution*". Ce psychiatre relevait que l'intéressé présentait tous les éléments d'un état dépressif important, notamment affect triste, crises d'angoisse, manque de confiance en soi, idées de ruine, baisse de la libido, troubles du sommeil, manifestations somatiques (palpitations, oppressions, mictions fréquentes et ballonnements) ainsi que des ruminations sur sa mort, qu'il continuait par ailleurs à avoir des rêves répétitifs concernant l'événement accidentel du 4 décembre 2006, ainsi que de flashes, et que le syndrome douloureux était très prononcé, le recourant ayant "*énormément de peine à se déplacer*". S'agissant des remarques figurant dans le rapport établi le 15 juin 2009 par le CEMED, le Dr Q. _____ estimait que le traitement entrepris était tout à fait adéquat - le fait que l'intéressé était obèse, ce qui n'était d'ailleurs pas tout à fait le cas, ne changeant à son sens pas grand-chose au dosage de la médication -, et qu'une hospitalisation n'était pas indiquée, l'assuré étant bien entouré à domicile. Selon le psychiatre traitant, les experts avaient sous-estimé l'importance de la symptomatologie, et n'avaient en outre pas pris en considération le fait que les critères de Förster étaient largement réalisés puisqu'il s'agissait d'une situation chronique, sans évolution

depuis plusieurs années, et que l'intéressé vivait en vase clos, pratiquement coupé de toute relation sociale; le Dr Q. _____ concluait à une incapacité totale de travail dans toute activité, et ce pour une durée indéterminée.

c) Invité à se déterminer, le recourant a relevé, par écriture du 22 janvier 2010, que le Dr Q. _____ observait qu'il n'était "*absolument pas en mesure d'exercer une quelconque activité lucrative*", fait qui devait à son sens être considéré comme définitivement acquis.

Egalement invitée à se déterminer, la caisse intimée a indiqué le 2 février 2010 que le dernier rapport établi par le Dr Q. _____ ne modifiait en rien sa position, compte tenu notamment de la jurisprudence concernant la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants. Mentionnant que l'assurance-invalidité avait refusé tout droit à une rente à l'intéressé et l'avait orienté vers des mesures professionnelles, elle invoquait par ailleurs le fait que trois assureurs, soit elle-même en tant qu'assureur perte de gain, la CNA et l'OAI, avaient ainsi conclu à un "*refus de droit aux prestations alléguant que M. H. _____ [était] capable de travailler dans une profession adaptée*".

d) Par écriture du 29 mars 2010, le recourant a produit un courrier adressé à [...] le 3 mars 2010 par le Service de Médecine de l'Hôpital [...], dont il résulte en substance que la prise concomitante de Tégrétol (carbamazépine) pouvait abaisser les concentrations plasmatiques de certains médicaments, en particulier le Tramadol, le citalopram (Cipralax) et l'alprazolam (Xanax), ce qui pourrait expliquer le caractère non détectable des taux sériques en cause - en référence aux remarques formulées à cet égard par le Dr C. _____ dans son rapport du 7 décembre 2007. Le recourant alléguait que cet élément, à son sens "*décisif dans l'appréciation de la cause*", avait échappé à l'expert C. _____, respectivement qu'il assujettissait sensiblement à caution la valeur probante du rapport établi par ce psychiatre, au demeurant déjà contestée à l'époque.

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 Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, 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. Est en l'espèce litigieux le droit du recourant à des indemnités journalières pour perte de gain de la part de la caisse intimée au-delà du 30 novembre 2007.

3. **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, première phrase).

Aux termes de l'art. 72 al. 2, première phrase, LAMal, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une

capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA). Est considéré comme incapable de travailler l'assuré qui, à la suite d'une atteinte à la santé, ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée, ou encore avec le risque d'aggraver son état (ATF 129 V 51, consid. 1.1 *in fine* et les références). Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut, selon la jurisprudence, établir dans quelle mesure l'assuré ne peut plus, en raison de l'atteinte à la santé, exercer son activité antérieure, compte tenu de sa productivité effective et de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger de lui; en revanche, la seule estimation médico-théorique de l'incapacité de travail n'est pas déterminante (TF 9C_546/2007 du 28 août 2008, consid. 3.3 et les références).

b) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves

(cf. art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. Concernant la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par l'assuré, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2 et les références).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées par l'assureur pour résoudre un cas litigieux, dans

toute la mesure où les rapports y relatifs remplissent les exigences requises (cf. TF I 110/06 du 9 février 2007, consid. 1.3 *in fine*). A l'inverse, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré ne doivent être admises qu'avec réserve; il convient en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (cf. ATF 125 V 351, consid. 3 et les références; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). On ne saurait ainsi remettre en cause les conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration, respectivement procéder à de nouvelles investigations, du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion divergente; il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise, et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (cf. TF 9C_220/2007 du 7 avril 2008, consid. 4.4; TF 9C_142/2008 du 16 octobre 2008, consid. 2.2 et les références).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré

(TF 9C_312/2008 du 24 novembre 2008, consid. 6.1 et les références).

4. En l'espèce, la caisse intimée a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 1^{er} décembre 2007, au motif que, ainsi qu'il résultait du rapport établi le 7 décembre 2007 par le Dr C._____ et la Dresse V._____, auquel il convenait selon elle de

reconnaître pleine valeur probante, le recourant ne présentait aucune incapacité de travail en raison d'atteintes sur le plan psychique, d'une part, et que les affections sur le plan somatique ne permettaient pas davantage de lui reconnaître une incapacité de travail, même partielle, d'autre part. Le recourant, se référant notamment aux appréciations de la Dresse W._____ et du Dr Q._____, conteste cette appréciation, estimant qu'il résulte des avis de ces médecins que son incapacité de travail est totale depuis le 4 décembre 2006, date à laquelle il a été victime d'un accident de la circulation, en raison de troubles sur les plans tant somatique que psychique.

a) Sur le plan somatique, le Dr R._____, médecin-conseil de la CNA, a conclu dans un rapport du 6 juin 2007 que le recourant avait vraisemblablement "*tout au plus*" présenté, suite à son accident, une contusion cervicale simple (en référence au diagnostic posé initialement par le médecin traitant E._____), atteinte ayant entièrement et largement cessé de déployer ses effets, en termes de capacité de travail, six mois après l'accident, respectivement au plus tard à la date du rapport en cause. Il y a lieu de relever que l'appréciation du Dr R._____ porte sur les seules suites de l'accident. Or, il n'est pas contesté que l'intéressé présente par ailleurs des atteintes somatiques d'origine dégénérative, documentées notamment par des radiographies de juin et de décembre 2006, ainsi que par un examen par IRM mentionné dans le rapport établi le 15 janvier 2008 par le Dr X._____. Cela étant, force est de constater que la caisse intimée, focalisée sur la problématique psychique du cas - sans doute à la suite de l'avis de son médecin-conseil, le Dr F._____, lequel avait indiqué dans son rapport du 5 juillet 2007 que l'incapacité de travail présentée alors par le recourant, qui était à son sens justifiée, était "*essentiellement psychologique*" -, n'a aucunement instruit la question de la capacité de travail en regard des affections strictement somatiques, exigibilité qui n'a dès lors été examinée précisément qu'à l'occasion du rapport d'expertise établi le 15 juin 2009, à la demande de l'OAI, par les médecins du [...]. Ainsi la Dresse W._____, consultée par le recourant dès le mois de février 2008, a-t-elle conclu à une incapacité totale de travail dans le cadre d'une appréciation globale du cas (rapports de 27

février et 7 mars 2008), sans préciser la diminution de la capacité de travail, respectivement les limitations fonctionnelles, induites par les seules affections somatiques; quant aux différents certificats d'incapacité de travail établis par les Drs E._____, J._____ et X._____, il n'y est pas fait mention de la cause de l'incapacité de travail attestée.

Dans leur rapport pluridisciplinaire du 15 juin 2009, les médecins du [...] ont retenu comme ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant le diagnostic de lombosciatalgies droites sans syndrome radiculaire déficitaire sur discopathie importante L5-S1 (existant depuis 2006), étant réputée adaptée à cette atteinte toute activité sans port de charges de plus de 15 kg, les bras proches du corps, qui permettrait de fréquents changements de position, et ne nécessiterait de la part l'intéressé ni flexions répétées et importantes du tronc, ni accroupissements, ni positions inconfortables; selon les auteurs de ce rapport, la capacité de travail du recourant était dans ce cadre réputée complète, sans diminution de rendement, étant précisé qu'une "*adaptation du poste de travail serait souhaitable*", respectivement qu'ils ne connaissaient pas la définition du dernier poste de travail de chef d'équipe, mais que l'on pouvait "*supposer que cette activité était adaptée*". Dans un avis subséquent du 9 juillet 2009, le Dr G._____ du SMR a en substance fait siennes les conclusions de ce rapport, retenant toutefois que la capacité de travail était réputée nulle dans l'activité habituelle de l'intéressé depuis le 6 décembre 2006, la profession de maçon n'étant "*pas adaptable au sens entendu par les experts*". Dans la mesure où l'appréciation des experts du [...], s'agissant spécifiquement des atteintes sur le plan somatique, n'est remise en cause par aucune pièce versée au dossier, et dans la mesure où dite appréciation remplit par ailleurs toutes les exigences requises pour se voir reconnaître pleine valeur probante, il n'y a pas lieu de s'en écarter concernant le diagnostic posé - lequel est au demeurant sinon identique, à tout le moins similaire, aux diagnostics évoqués par la Dresse W._____ (rapports de 27 février et 7 mars 2008) et par le Dr X._____ (rapport du 15 janvier 2008) - ainsi que les limitations fonctionnelles retenues, tout en tenant compte de l'avis du Dr G._____ concernant le caractère inadapté de l'activité habituelle

de l'intéressé. On retiendra en conséquence que, au vu des affections d'origine dégénérative présentées par le recourant, et indépendamment des troubles occasionnés sur le plan somatique par l'accident dont il a été victime (contusion cervicale simple), sa capacité de travail est réputée nulle dans son ancienne activité habituelle de maçon depuis le 6 décembre 2006, respectivement qu'elle est réputée pleine et entière dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles induites par ses atteintes. On relèvera au demeurant que, dans sa dernière écriture du 2 février 2010, la caisse intimée semble admettre, à tout le moins implicitement, cette estimation de la capacité de travail de l'intéressé, dans la mesure où elle allègue que celui-ci serait, de l'avis partagé de l'ensemble des assureurs, "*capable de travailler dans une activité adaptée*".

b) Selon la jurisprudence relative au droit à l'indemnité journalière dans le cadre de l'art. 72 al. 2 LAMal, 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; ATF 114 V 281, consid. 1d). 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 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. art. 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 précité, consid. 3.4; cf. également TF K 56/05 du 31 août 2006, consid. 3.3 et les références).

Dès lors que, comme indiqué plus haut (consid. 4b), il y a lieu de retenir que la capacité de travail du recourant est réputée nulle dans son activité habituelle à compter du mois de décembre 2006, et dès lors que ce dernier n'a pas spontanément tenté de retrouver une activité adaptée à ses atteintes, la caisse intimée 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. En d'autres termes, il importe peu dans le cas d'espèce que la capacité de travail de l'intéressé soit réputée pleine et entière dans une activité adaptée, sur le plan somatique à tout le moins; en l'absence d'une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable (cf. TF 9C_546/2007 précité, consid. 7.2), il ne pouvait être mis un terme au versement des prestations de la caisse intimée, dont la décision sur opposition entreprise doit en conséquence être annulée.

c) On observera que cette solution s'impose également au regard de l'incapacité de travail résultant des troubles psychiques présentés par le recourant. En effet, l'instruction de la cause a tout d'abord permis de répondre au grief de l'intimée tenant au constat de l'absence de prise en charge de l'assuré par des spécialistes avant que soit consulté le médecin psychiatre traitant Q._____, en janvier 2008. Ainsi, la thérapeute familiale M._____ a attesté avoir pris l'assuré en consultation en septembre 2007 dans le cadre du soutien offert en application de la LAVI et, à défaut d'amélioration de l'état de santé, respectivement de diminution des symptômes de stress post-traumatique, avoir renvoyé l'intéressé à la consultation d'un médecin psychiatre, soit en l'occurrence le Dr Q._____, lequel retiendra et motivera à plusieurs reprises une incapacité totale de travail sur le plan psychiatrique durant la période litigieuse, suivi à cet égard dans ses conclusions par la Dresse W._____. L'autre grief de l'intimée, tenant au constat de l'absence de traitement médicamenteux par le Dr C._____, a quant à lui trouvé réponse dans les explications produites le 29 mars 2010 par le Service de médecine de l'Hôpital [...], expliquant le caractère non détectable de la

concentration plasmique de médicaments psychotropes par la prise concomitante de carbamazépine.

d) Il résulte de ce qui précède que le recourant a droit à des indemnités journalières fondées sur une incapacité totale de travail au-delà du 30 novembre 2007 et jusqu'à l'échéance contractuelle prévue, soit durant 720 jours dans une période de 900 jours (cf. art. 72 al. 3 LAMal et art. 11 ch. 1 let. d du "*Règlement de l'indemnité journalière en cas d'incapacité de travail*" de N._____, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} février 1998), sous déduction des prestations déjà versées.

5. Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision sur opposition entreprise annulée, laissant subsister le droit du recourant à des indemnités journalières de la part de la caisse intimée au-delà du 30 novembre 2007, jusqu'à l'échéance contractuelle prévue.

6. a) Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA).

b) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité à titre de dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. à la charge de la caisse intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 7 octobre 2008 par N. _____ est annulée, laissant subsister le droit de H. _____ à des indemnités journalières au-delà du 30 novembre 2007, jusqu'à l'échéance contractuelle prévue.

III. N. _____ versera à H. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, à 1002 Lausanne (pour H. _____);
- N. _____, à [...];
- Office fédéral de la santé publique, à 3003 Berne;

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 fédérale 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 :