

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 avril 2011

---

Présidence de     Mme     THALMANN  
Juges     :     Mmes     Di Ferro Demierre et Röthenbacher  
Greffier     :     M. Simon

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à Aigle, recourant,

et

**CAISSE VAUDOISE**, à Martigny, intimée.

---

**Art. 67 ss LAMal, art. 6 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** J.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1953, travaille comme monteur mécanicien dans l'entreprise K.\_\_\_\_\_ SA à Villeneuve. A ce titre, il est assuré en perte de gain LAMal auprès de la Caisse vaudoise. Selon le certificat d'assurance pour 2010, l'indemnité journalière s'élève à 90% du salaire, le délai d'attente étant de 60 jours. Selon l'art. 13 ch. 1 des conditions générales de la Caisse vaudoise, l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25%.

Le 23 novembre 2009, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale à Aigle, a signé un certificat médical indiquant une incapacité de travail de 100%.

Le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie au Centre de la douleur Riviera à Clarens, a signé des arrêts de travail de 100% depuis le 7 décembre 2009 jusqu'au 12 janvier 2010 puis de 50% dès le 13 janvier 2010.

Dans un rapport médical du 22 février 2010, le Dr N.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de hernie discale L5-S1, existant depuis 2003. Il a relevé avoir procédé à deux infiltrations périurales de stéroïdes et qu'au vu de la persistance des sciatalgies, il avait réadressé son patient à la Dresse G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie au Groupe neurochirurgical romand. Il a joint à ce rapport les lettres suivantes:

- une lettre du 3 juin 2008 de la Dresse G.\_\_\_\_\_ adressée au Dr D.\_\_\_\_\_ mentionnant qu'un CT-lombaire du 20 mai 2008 montrait des discopathies et facettarthroses pluriétagées avec une hernie discale de L5-S1, paramédiane droite, de taille quasiment identique à celle comparée en 2003. Cette spécialiste proposait dans un premier temps une prise en charge semi-invasive avec infiltrations périurales.

- une lettre du 27 novembre 2009 adressée à la Dresse G. \_\_\_\_\_ par le Dr D. \_\_\_\_\_ dont la teneur est la suivante:

"Le patient a malgré tout toujours présenté des lombalgies mais relativement peu importantes sans atteinte radiculaire. Il vient de faire une ergométrie par les soins du Dr [...], ergométrie qui s'est avérée doublement négative. Cette dernière a cependant provoqué des lombalgies importantes avec marche au maximum des possibilités du patient.

Actuellement, il présente un syndrome lombaire hyperalgique et le 23 novembre je lui ai fait une ampoule de Diprophos puis mis sous Fortecortin 4 mg 1cp/j et Ecoprofen 600 2 cp/j sous protection de Nexium 40. L'évolution est cependant peu favorable avec persistance des lombalgies sans véritable atteinte radiculaire.

Il serait cependant souhaitable que vous puissiez refaire le point de la situation concernant ce patient qui présente toujours une hernie discale L5-S1 à droite, et proposer les examens complémentaires qui s'imposent comme une éventuelle IRM".

Le 4 février 2010, l'employeur de l'assuré a rempli une déclaration d'incapacité de travail indiquant que celle-ci avait débuté le 23 novembre 2009, la cause en étant une hernie discale avec arthrose et discopathie.

Le 4 mars 2010, la Dresse G. \_\_\_\_\_ a indiqué des arrêts de travail de 50% depuis le 13 janvier 2010 et de 100% depuis le 11 mars 2010, la date de la reprise du travail à 50% étant fixée au 14 mars 2010. En outre, courant 2010, le Dr D. \_\_\_\_\_ a établi divers certificats médicaux attestant d'une incapacité de travail de 50%.

A la demande de la Caisse vaudoise, une expertise a été effectuée le 28 octobre 2010 par le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne à Vevey, qui a établi son rapport le 1<sup>er</sup> novembre 2010. Il en résulte notamment ce qui suit:

"Cette activité [mécanicien dans l'entreprise K. \_\_\_\_\_ SA] consiste à monter des wagons de train pour différentes compagnies de train, à boulonner, meuler, scier du métal et de porter des charges entre 10 à 20 kg seul, à placer des plafonds avec l'aide d'une tierce personne. Depuis 5 ans, il travaille plutôt dans le montage électrique lui permettant de diminuer les ports de charge et les positions en porte-à-faux.

Cette activité est effectuée jusqu'en avril 2010 date d'un chômage technique. Il reprend une activité à 50% dès le 10.10.2010, cette fois-ci uniquement dans la mécanique, le travail électrique n'étant plus concédé à l'entreprise.

[...]

#### 4. DIAGNOSTICS

##### 4.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail:

- > Syndrome lombo-vertébral récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire.
  - anomalie transitionnelle (lombalgisation de S1).
  - Hernie discale lombaire moyen (angle de COB 22°).
- > Cervico-brachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire.
- > Syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie).
  - diminution du seuil de déclenchement de la douleur.

##### 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail:

- > Syndrome d'apnées du sommeil traité.
- > Status post infarctus stenté en 2007 actuellement stable.

#### 5. APPRECIATION DU CAS

Nous sommes confrontés à un assuré de 57 ans, d'origine italienne, en Suisse depuis 1970, détenteur d'un permis C, marié avec une compatriote, père de deux enfants majeurs, n'ayant pas de formation professionnelle, mais ayant travaillé alors en Suisse comme cuisinier jusqu'en 1964, puis jusqu'à ce jour comme mécanicien et monteur électricien dans une entreprise de fabrication de wagons. Il est à l'arrêt de travail depuis décembre 2009 à 100% puis à 50% dès le 13.10.2010. Il a bénéficié de prestations de chômage d'avril à octobre 2010.

Du point de vue médical, il est connu pour un BPCO, un syndrome d'apnée du sommeil, appareillé par CPAP ainsi qu'une cardiopathie ischémique avec infarctus en 2007, stenté avec évolution favorable. Il est connu depuis 2003, pour des douleurs lombaires basses et depuis 2004 pour des cervicalgies à répétition pour lesquelles il a bénéficié d'une prise en charge physiothérapeutique jusqu'en 2004 puis on assiste en 2000, suite à l'épisode de l'infarctus, à une exacerbation de rachialgies tant au niveau cervical que lombaire et polyarticulaire diffuse, fluctuante et migrante ayant motivé en 2010 des infiltrations facettaires lombaires avec évolution favorable.

A l'examen de ce jour, on note un syndrome lombo-vertébral et un syndrome cervico-brachial modéré, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, ainsi que des douleurs périarticulaires, imputables à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie).

Du point de vue paraclinique: le bilan radiographique effectué jusqu'à ce jour met en évidence des troubles statiques avec scoliose sinistro-convexe lombaire moyenne et discopathies multi-étagées qui restent modérées, ainsi qu'une anomalie transitionnelle avec

lombalisation de S1, et une hernie discale L5-S1, médiane et paramédiane droite, sans conflit radiculaire qui ne s'est par ailleurs pas péjorée par rapport au bilan de 2003. La radiographie de la colonne cervicale est rassurante, il n'y a pas de trouble dégénératif significatif. Les troubles dégénératifs sont, à mon avis, compatibles avec l'évolution due à son âge.

L'ultrasonographie des épaules est rassurante, il n'y a pas de collection liquidienne intra-articulaire ni de signe au niveau de la bourse, ni de signe de tendinopathie.

Dès lors, l'ampleur de la symptomatologie est probablement amplifiée par la diminution du seuil de déclenchement à la douleur.

Du point de vue thérapeutique, l'assuré devrait à nouveau bénéficier d'une prise en charge en balnéothérapie avec mobilisation et application de jet-massages. Il n'y a, à mon avis, pas d'indication à procéder à de nouvelles infiltrations. Il n'y a pas d'indication neurochirurgicale.

Du point de vue médicamenteux, une médication myorelaxante associée à une médication de type tricyclique dans le but de rehausser le seuil de déclenchement à la douleur pourrait être proposée de même que l'application d'une ceinture lombaire surtout lors de son activité professionnelle est à encourager.

Du point de vue de son exigibilité, au niveau rhumatologique, au vu du trouble statique et dégénératif qui restent, à mon avis, modérés et compatibles avec l'évolution de son âge, et stable par rapport au bilan de 2003, son activité comme ouvrier mécanicien et monteur électricien dans une entreprise de wagons de trains, sa capacité de travail est estimée à 60% et d'ici 2 mois à 80%, ce qui lui permettrait de bénéficier de la prise en charge précitée. Par ailleurs, la cardiopathie ischémique, stable, et pulmonaire (syndrome d'apnée du sommeil), traitée ne constituent pas de facteur invalidant à une reprise d'une activité professionnelle.

Dans une activité adaptée, en diminuant le stress au travail, les mouvements en porte-à-faux et longs bras de leviers, les ports de charge de plus de 10 kg et de manière répétitive, la capacité de travail pourrait être totale (huissier, magasinier...).

Cette appréciation se différencie de celle des Drs G.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ qui estiment que sa capacité de travail ne peut pas excéder 50%. A mon avis, les troubles dégénératifs restent modérés et inchangés par rapport à 2003 et les douleurs sont plus imputables à une polyinsertionnisme, probablement décompensée par l'infarctus de 2007.

## REPONSES AUX QUESTIONS

### B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Quelles sont objectivement les limitations en relation avec les troubles constatés?

Les limitations en relation avec les troubles constatés sont les mouvements d'antéversion, les ports de charge de plus de 10 kg de

manière répétée, avec long bras de levier et en porte-à-faux, ainsi que le stress.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

L'assuré stoppe son activité professionnelle en décembre 2009 et reprend à 50% depuis janvier 2010, et ce jusqu'à ce jour. Il a bénéficié de prestations de chômage d'avril à octobre 2010. Devant l'amplification de la symptomatologie douloureuse tant rachidienne que polyarticulaire, l'assuré stoppe son activité professionnelle en mars 2009. En mars 2010, l'activité aurait raisonnablement être augmentée à 50 %. Il a bénéficié d'une prestation de chômage due à un manque de commandes de l'entreprise.

2.2. Cause-t-elle une incapacité de travail de 20% au moins et si oui, depuis quand?

Une augmentation de sa capacité de travail telle qu'effectuée avant décembre 2009, et ce de manière progressive (10 à 20% par mois) peut être raisonnablement exigée.

2.3. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

Oui, en diminuant les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier et le port de charge répétitif de plus de 10 à 15 kg, et de diminuer le stress au travail.

[...]

2.5. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail au poste actuel?

Probablement bonne cependant, l'assuré est intimement convaincu d'une invalidité à 50%. Les facteurs de mauvais pronostic sont la diminution du seuil de déclenchement à la douleur.

[...]

3. Est-ce qu'une reprise du travail peut être exigée:

3.1. Dans l'activité habituelle? Si oui, dans quelle mesure (période et taux)?

Suite à la période de chômage, l'assuré a recommencé à 50% depuis octobre 2010. A mon avis, une reprise à 60% pourrait raisonnablement être exigée et à augmenter de 20% par mois, ce qui permettrait de bénéficier d'une prise en charge thérapeutique telle que précitée sous appréciation du cas bien conduite.

3.2 Dans une activité adaptée? Si oui, dans quelle mesure (période et taux)? Médico-théoriquement, à 80%.

## C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Si un changement de profession s'avère nécessaire, quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire?

Une activité évitant les ports de charge de plus de 10-15 kg de manière répétée et avec long bras levier et en porte-à-faux, ainsi que le stress au travail.

2. En référence aux limitations constatées dans la profession actuelle, au vu du cursus professionnel de l'assuré (professions précédentes, formation, etc.) et de ses connaissances particulières (informatiques, permis de conduire, langue, etc.), un tel changement est-il possible sans l'aide de l'AI?

L'assuré ne peut envisager une autre activité professionnelle autre que celle qu'il a effectuée ces 37 dernières années. Il décrit une difficulté à travailler entouré de personnes et ne peut envisager une autre activité professionnelle même adaptée.

3. Dans quelle mesure l'activité adaptée peut elle être exercée (par exemple: taux d'activité heure par jour)?

A 80% voire 100% après la prise en charge thérapeutique précitée bien conduite.

4. Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons?  
Une autre activité est possible".

Par décision du 18 novembre 2010, la Caisse vaudoise a considéré l'assuré comme étant médicalement apte à reprendre son travail à 60% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010 et à 80% dès le 1<sup>er</sup> février 2011, les indemnités journalières devant être versées conformément à ce qui précède. Elle s'est référée à l'art. 13 ch. 1 de ses conditions générales, qui prévoit que l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25%.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 29 novembre 2010.

Par lettre du même jour, le Dr D. \_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit à l'attention de la Caisse vaudoise:

"Etant donné son état de santé actuel, le patient va continuer son activité à 50% ne se sentant pas d'augmenter cette dernière à 60%. En effet, le patient ressent d'importantes lombalgies après 4 heures de travail même en position assise.

Personnellement, je pense qu'il est trop tôt pour préjuger de l'augmentation de la capacité de travail pour passer à 80% le 1<sup>er</sup> février 2011, Monsieur J. \_\_\_\_\_ va d'ailleurs faire opposition à votre décision du 18 novembre 2010.

De façon à mieux prendre en charge mon patient, je vous serais reconnaissant de me transmettre une copie de l'évaluation faite par le Dr K. \_\_\_\_\_ le 20 octobre dernier. Vous trouverez, en annexe, une procuration dans ce sens signée par le patient".

Par décision sur opposition du 23 décembre 2010, la Caisse vaudoise a considéré notamment ce qui suit:

"Suite à votre opposition, nous avons réévalué votre incapacité de travail. Nous vous informons que nous modifions notre décision comme suit:

Nous maintenons la reprise du travail à 60% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010 que nous prolongeons de 2 mois, soit, jusqu'au 31 mars 2011. Cette prolongation a pour but de vous permettre de suivre les recommandations de l'expert (Balnéothérapie avec mobilisation et application de jet-massages, port d'une ceinture lombaire, médication myorelaxante). Dès le 1<sup>er</sup> avril 2011 votre capacité de travail est estimée à 80%.

Par conséquent, nous poursuivrons le versement des indemnités journalières à 40% jusqu'au 31 mars 2011 sur présentation de certificats médicaux dûment attestés par votre médecin. Ensuite nous cesserons le versement des indemnités journalières, car votre taux d'incapacité de travail sera inférieur à 25%".

**B.** Par acte du 21 janvier 2011, J.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision. Il estime ne pas pouvoir travailler à plus de 50% et conclut implicitement au versement d'indemnités journalières au-delà du 31 mars 2011. A l'appui de son recours, il a produit les documents suivants:

- un rapport du 6 décembre 2010 du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie au Centre de la douleur Riviera, qui pose le diagnostic de lombalgies, se prononce sur les limitations fonctionnelles, puis indique que la capacité de travail actuelle est nulle et qu'elle est de 25% dans une activité adaptée.

- un rapport du 4 février 2011 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud par le Dr D.\_\_\_\_\_, qui retient notamment ce qui suit:

"Diagnostics avec effet sur la capacité de travail

Syndrome lombo-vertébral récurrent, sans atteinte radiculaire irritative ou déficitaire.

Anomalie transitionnelle (lombalgisation de S1).

Hernie discale lombaire moyenne.

Cervico-brachialgies récurrentes sans atteinte radiculaire.

Syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent.

Diagnostiques sans répercussion sur la capacité de travail

Status après infarctus.  
Syndrome d'apnées du sommeil.

[...]

Incapacité de travail médicalement attestée de 20% au moins [...]:  
100% du 23 novembre 2009 au 12 janvier 2010  
50% dès le 13 janvier 2010  
40% dès le 3 janvier 2011.

[...]

Ce patient souffre donc de lombosciatalgies depuis 2003. Il a profité de plusieurs prises en charge comme le résume le Dr K. \_\_\_\_\_ dans son expertise. Suite à cette dernière, son assureur perte de gain décide qu'il est apte à travailler à 60% depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2010 et une reprise à 80% étant prévisible pour le 1<sup>er</sup> février 2011 dans sa profession actuelle.

Le 29 novembre 2010, le patient fait opposition à la décision de l'assurance, se disant incapable de travailler plus de 50% présentant d'importantes lombalgies après quatre heures de travail. Suite à cette opposition, l'assurance décide que le patient doit travailler à 60% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010 et ceci jusqu'au 31 mars 2011. Selon l'assurance perte de gain, la capacité de travail du patient serait de 80% à partir du 1<sup>er</sup> avril 2011 (voir le courrier recommandé du [...] adressé au patient le 23 décembre 2010 et mis en annexe).

Le patient vient de faire un gros effort en essayant d'augmenter sa capacité de travail de 50 à 60%, il considère ce taux d'activité comme déjà trop important pour lui, lui occasionnant d'importantes lombalgies. Il souhaiterait pour sa part une incapacité de travail de 50%. Nous l'avons encouragé à continuer son activité à 60% et de revoir la chose ces prochaines semaines. Personnellement, je doute que le patient arrive à avoir une activité supérieure à 50-60% et une reprise d'une activité plus importante voire de 80% me semble utopique et la chose devrait être réévaluée éventuellement en demandant à nouveau un avis au Dr K. \_\_\_\_\_".

Dans sa réponse du 28 février 2011, la Caisse vaudoise conclut au rejet du recours. Elle retient que les avis des médecins traitants de l'assuré ne permettent pas de mettre en doute les conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_ dans son expertise du 1<sup>er</sup> novembre 2010, de sorte que l'intéressé est capable de travailler à 60% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010 et à 80% dès le 1<sup>er</sup> avril 2010. Elle explique que l'assuré a droit aux indemnités journalières à 40% jusqu'au 31 mars 2011 pour autant que les certificats correspondants soient fournis; dès le 1<sup>er</sup> avril 2011 son incapacité de travail est inférieure à 25% et n'ouvre ainsi pas le droit aux prestations.

**C.** Dans sa réplique du 21 mars 2011, le recourant allègue notamment avoir travaillé à 60% et qu'il a dû le vendredi 18 mars 2011 se rendre d'urgence chez son médecin, cet effort supplémentaire l'ayant affaibli considérablement, puis finalement bloqué complètement le dos. Il conteste également l'avis du Dr K.\_\_\_\_\_, puis soutient que ce médecin a été mandaté par la Caisse vaudoise et a rendu un rapport allant dans le sens de cette dernière. Il maintient pour le surplus ses conclusions.

Dans sa duplique du 5 avril 2011, l'intimée confirme ses conclusions, se référant à l'avis de l'expert.

Par écriture du 14 avril 2011, le recourant maintient ses conclusions, s'appuyant sur les rapports de ses médecins traitants.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier

2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui modifient cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b et les références citées; TF 9C\_803/2009 du 25 mars 2010 consid. 5.2).

**3. a)** Selon l'art. 1a al. 1 LAMal, 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.

Selon l'art. 72 al. 2 LAMal, le versement d'une indemnité journalière d'assurance-maladie suppose une incapacité de travail. 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; TF 9C\_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.3 et la références citée). 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, l'estimation médico-théorique de l'incapacité de travail n'est pas déterminante (ATF 114 V 281 consid. 1c; TF 9C\_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.3 et la référence citée).

**b)** Le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage; ATF 129 V 460 consid. 4.2; 114 V 281 consid. 1d). Ce principe a été codifié à l'art. 6 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. art. 21 al. 4 LPGA). Dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (ATF 133 III 527 consid. 3.2.1; TF 9C\_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.4; les deux avec les références citées).

**4. a)** 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_758/2007 du 25 juin 2008 consid. 4.2; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

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 d'une situation médicale déterminée ne saurait par conséquent se résumer à trancher, sur la base de critères exclusivement 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. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant d'apprécier la portée d'un document médical, seul en définitive le contenu matériel de celui-ci permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2; TF 9C\_885/2007 du 15 septembre 2008 consid. 3.2; TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

**b)** 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; TFA U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1).

**c)** Selon la jurisprudence, un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; TF I 947/06 du 14 décembre 2007 consid. 7.1; TF I 88/06 du 12 février 2007 consid. 3.2.1). 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 citées; TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2).

**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 (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références citées; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 et les références citées). 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1; 126 V 319 consid. 5a).

**5.** En l'espèce, les diagnostics posés par l'expert ne sont pas mis en cause par les autres médecins qui ont examiné l'assuré.

**a)** S'agissant de la capacité de travail l'expert relève avoir constaté lors de son examen un syndrome lombo-vertébral et un syndrome cervico-brachial modéré, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, ainsi que des douleurs périarticulaires, imputables à son avis à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent. Il relève que l'ultrasonographie des épaules est rassurante et explique que les troubles au niveau rhumatologique sont ainsi modérés, compatibles avec l'évolution de l'âge du recourant et stables par rapport au bilan de 2003. L'expert estime la capacité de travail, dans l'activité comme ouvrier mécanicien et monteur électricien dans une entreprise de wagons de trains, à 60% et deux mois plus tard à 80%, ce qui permettrait au recourant de bénéficier d'une prise en charge en balnéothérapie avec mobilisation et application de jet-massages, notamment.

L'expert explique la différence de son appréciation d'avec celle des Drs G.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ par le fait que les troubles dégénératifs restent modérés et inchangés par rapport à 2003 et que les douleurs sont plus imputables à une polyinsertionnisme, probablement décompensée par l'infarctus de 2007. Les appréciations des Drs D.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ apparaissent peu documentées en ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail à 50%. Leurs conclusions ne peuvent donc être suivies, s'agissant de la capacité de travail du recourant jusqu'à la date de la décision attaquée, soit le 23 décembre 2010. Il en va de même de celles du Dr X.\_\_\_\_\_, qui ne motive pas son appréciation.

L'expertise comporte une anamnèse (notamment socioprofessionnelle, asséculoologique, familiale et personnelle), fait état des plaintes du recourant, procède d'une étude approfondie du cas du recourant puis se base, par une appréciation médicale claire et exempte de contradictions, sur des conclusions dûment motivées, de sorte qu'elle satisfait aux critères en matière de valeur probante. Par ailleurs, s'agissant des arguments du recourant, qui relève que l'expert a été mandaté par la

Caisse vaudoise et a rendu un rapport allant dans le sens de cette dernière, il n'y a pas d'éléments objectifs permettant de remettre en cause l'impartialité de l'expert. Dès lors, conformément à l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_, on retiendra que l'assuré présente une capacité de travail de 60%, en l'occurrence dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010.

**b)** L'expert a prévu une augmentation de la capacité de travail du recourant à 80% deux mois plus tard, après que le recourant aura pu suivre le traitement qu'il préconise. La décision du 23 décembre 2010 prévoit la suppression du versement des indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> avril 2011, soit trois mois après celle-ci en se fondant sur cette estimation et selon l'art. 13 ch. 1 des conditions générales de la Caisse vaudoise, qui prévoit que l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25%.

Il apparaît contestable qu'une autorité administrative prenne une décision pro futuro fondée uniquement sur les prévisions d'un expert sans attendre le terme fixé par celui-ci. On ignore par ailleurs si la mesure thérapeutique proposée par l'expert, soit notamment une prise en charge en balnéothérapie avec mobilisation et application de jet-massages, a le cas échéant eu l'effet escompté.

En outre, les prévisions de l'expert sont mises en cause par le Dr D.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 4 février 2011, selon lequel un taux d'activité à 60% apparaît comme le taux maximum exigible de la part du recourant, compte tenu d'importantes lombalgies. Ce médecin a indiqué que la reprise d'une activité plus importante voire à 80% lui semblait utopique, puis a proposé que le cas soit à nouveau soumis à l'expert pour réévaluation. Dans sa lettre du 29 novembre 2010, le Dr D.\_\_\_\_\_ a du reste relevé qu'il était trop tôt pour préjuger de l'augmentation de la capacité de travail pour passer à 80% le 1<sup>er</sup> février 2011. Le recourant allègue de plus avoir dû se rendre en urgence chez son médecin le 18 mars 2011, son dos étant bloqué.

c) L'évolution de l'état de santé du recourant nécessite ainsi une instruction de la part de l'intimée, laquelle pourrait avoir lieu sous la forme d'un complément d'expertise auprès du Dr K.\_\_\_\_\_.

**6.** En conséquence, il y a lieu d'admettre le recours, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimée pour complément d'instruction puis nouvelle décision.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui n'est pas représenté par un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

**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 23 décembre 2010 par la Caisse vaudoise est annulée et la cause renvoyée à cette assurance pour nouvelle décision après complément d'instruction dans le sens des considérants.
- III. Le présent arrêt est rendu sans frais, ni dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- J. \_\_\_\_\_
- Caisse vaudoise
- 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).

Le greffier :