

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 novembre 2012

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : M. Merz et Mme Dessaux
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

P._____, à Lavigny, recourant, représenté par CAP Compagnie
d'assurance de protection juridique SA, à Lausanne,

et

R._____ **SA**, à Martigny, intimé.

Art. 6 LPGA; art. 67 LAMal

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après: l'assuré), né en 1965, travaillait comme maçon pour [...]. Le 29 avril 2002, il a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de reclassement dans une nouvelle profession en raison de douleurs dans le milieu et le bas du dos depuis 2001. Il est ressorti des diverses mesures d'instruction de l'OAI qu'il conservait une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité légère et adaptée (avis médical du Service médical régional de l'AI [ci-après: le SMR] du 22 mars 2006). Le 27 septembre 2006, l'OAI a notifié à l'assuré une décision de refus de rente, considérant que le taux d'invalidité était de l'ordre de 14%. L'assuré a poursuivi son activité de maçon, malgré la probable contre-indication médicale.

Le 14 janvier 2008, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestation de l'assurance-invalidité en alléguant une augmentation des douleurs dorsales. Selon son médecin traitant, le Dr C._____, neurochirurgien et médecin traitant de l'assuré, un reclassement professionnel était nécessaire (rapport du 26 juillet 2007). L'OAI a convoqué l'assuré pour un examen orthopédique au SMR, le 20 février 2009. Dans un rapport du 5 mars 2009, le Dr G._____, chirurgien orthopédique, a attesté une capacité de travail totale dans une activité légère, avec port de charge limité à 15 kg, sans travaux penché en avant ou en porte-à-faux, et permettant l'alternance des positions.

L'OAI a alloué à l'assuré une mesure de reclassement sous la forme d'une préparation à l'exercice d'un travail auxiliaire, à S._____, pour une formation pratique en montage industriel. Le stage s'est déroulé du 10 août au 6 octobre 2009, date à laquelle il a dû être interrompu en raison des douleurs dorsales. Selon un rapport de stage du 17 novembre 2009, l'assuré travaillait à un taux maximum de 40%, avec des rendements de 35% à 55% selon qu'il travaillait en position debout ou assise. Au vu de son attitude face au travail et de son caractère volontaire,

un emploi protégé était envisageable dans le cadre d'un poste à mi-temps. L'assuré devait régulièrement se déplacer et faire quelques pas; au fil des heures, la fatigabilité augmentait et influait sur le rendement.

L'OAI a nié le droit aux prestations par décision du 13 juillet 2010, en considérant que l'assuré présentait un taux d'invalidité de 20%. Un recours a été interjeté par l'assuré. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a rejeté par arrêt séparé de ce jour (cause AI 327/10).

B. Parallèlement à la procédure en matière d'assurance-invalidité, l'assuré a demandé des prestations à l'assurance-maladie perte de gain collective de son employeur (indemnités journalières LAMal auprès de R._____ SA [ci-après: R._____ SA]), en alléguant une incapacité de travail totale dès le 5 décembre 2008. R._____ SA a alloué des indemnités journalières à l'assuré.

Le 5 mars 2009, le médecin-conseil de R._____ SA, le Dr X._____, médecin généraliste, a procédé à un examen clinique de l'assuré, au terme duquel il a considéré que l'assuré ne pouvait plus exercer l'activité de maçon, mais qu'une activité ne nécessitant pas le port de charges de plus de 10-15 kg de manière ponctuelle et permettant d'éviter les positions en porte-à-faux était pleinement exigible (lettre du 6 mars 2009 adressée à R._____ SA).

Le 9 avril 2009, R._____ SA a décidé qu'elle n'allouerait plus d'indemnités au-delà du 8 juillet 2009, au motif que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il en résultait une perte de gain inférieure à 50%, de sorte que l'assuré ne pouvait plus prétendre d'indemnisation au-delà du délai au 8 juillet 2009 qui lui était imparti pour reprendre une activité adaptée.

Par décision sur opposition du 29 mai 2009, R._____ SA a constaté que l'assuré s'était opposé tardivement à la décision du 9 avril 2009, de sorte que celle-ci était entrée en force. Il n'y a pas eu de recours contre cette décision sur opposition.

Après la fin des rapports de travail avec son employeur, en août 2009, l'assuré a demandé la poursuite de l'assurance d'indemnités journalières LAMal à titre individuel, ce qui a été admis par R. _____ SA.

C. Après son stage à S. _____, l'assuré a de nouveau demandé l'octroi d'indemnités journalières LAMal. R. _____ SA a accepté de reprendre le versement des indemnités journalières, auquel elle a toutefois mis fin au 31 mai 2010, par décision du 1^{er} juin 2010. Elle se référait à l'avis de son médecin conseil, le Dr X. _____, d'après lequel la reprise d'une activité professionnelle adaptée était exigible à 100%. Il en résultait une perte de gain inférieure à 25%.

L'assuré s'est opposé à cette décision en exposant notamment qu'une intervention neurochirurgicale était encore nécessaire et que la question de la reprise d'une activité adaptée ne se poserait qu'après.

Dans un rapport du 5 octobre 2010, le Dr [...], médecin associé au centre universitaire romand de neurochirurgie du CHUV, a constaté une diminution de la force au niveau des deux membres inférieurs et une sensibilité normale, l'assuré étant capable de marcher pendant vingt minutes, à l'issue desquelles il commençait à avoir mal au dos. Ce spécialiste a expliqué qu'il était dans l'attente de documents médicaux, avant de pouvoir se prononcer quant à une évaluation détaillée en neurochirurgie.

Le 24 juin 2011, le Dr C. _____ a écrit au mandataire de l'assuré en constatant que ce dernier était incapable d'exercer une activité considérée comme adaptée, dès lors qu'il ne pouvait rester plus d'une demi-heure en position assise ou debout, que l'antéflexion du tronc au-delà de 10-30 degrés déclenchait des douleurs et que la limitation du port de charges était de 5 à 10 kilos. Ce médecin a précisé qu'il ne voyait pas de solution adéquate autre que chirurgicale aux problèmes de l'assuré et qu'il ne partageait pas, sur ce point, l'avis de ses collègues concernant l'absence d'indication opératoire.

Par décision sur opposition du 11 août 2011, R._____ SA a maintenu son refus de prester au-delà du 31 mai 2010. Se référant à l'avis du Dr X._____, cet assureur a retenu que l'assuré présentait dans une activité adaptée une pleine capacité de travail et que l'avis du Dr C._____ n'était pas prépondérant. Il a également indiqué que, selon l'OAI, le degré d'invalidité était de 20%. L'assuré n'avait plus droit à des indemnités journalières pour la période au-delà du 31 mai 2010, en raison d'une violation de son obligation de diminuer le dommage.

D. Par acte du 14 septembre 2011 de son mandataire, P._____ a recouru contre cette décision et conclu à la reprise par R._____ SA du versement des indemnités journalières à compter du 1^{er} juin 2010. Se référant à l'avis du Dr C._____, il a expliqué qu'une intervention neurochirurgicale lui était nécessaire avant de pouvoir reprendre un emploi adapté, et que selon le rapport de S._____ il n'était pas en mesure de travailler dans un emploi adapté avec un plein rendement. L'assureur perte de gain s'était alors prononcé prématurément sur la possibilité de reprendre une activité adaptée.

Dans sa réponse du 7 décembre 2011, R._____ SA a conclu au rejet du recours. Elle a notamment retenu que l'assuré était capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée, et qu'il ne s'était de toute façon pas conformé à son obligation de diminuer le dommage en refusant de chercher une activité adaptée.

Avec son mémoire de réponse, R._____ SA a déposé notamment ses conditions générales, intitulées "Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal", qui prévoient le versement d'une indemnité journalière en cas d'incapacité de travail à partir de 25%, sauf pour les chômeurs (art. 13 ch. 1).

E. Le dossier de l'assuré auprès de l'OAI a été produit. Y figurent notamment les documents médicaux suivants:

- Un rapport du 16 mars 2006 du Dr C._____, qui a proposé de laisser l'assuré reprendre une activité de maçon à 100%, avec un rendement à 70%, compte tenu de son niveau de formation et de ses difficultés à se réinsérer dans une autre activité professionnelle plus légère.

- Un rapport du 26 juillet 2007 du Dr C._____, qui a relevé ce qui suit:

"Après discussion avec le patient susnommé et tenant compte des troubles dont il souffre ainsi que de la profession exercée, je vous serai reconnaissant de bien vouloir reconsidérer au plus vite une demande de rente à 50%.

Suite aux divers rapports que je vous ai fait parvenir en 2005 et 2006, je vous prierai de reconsidérer la demande de rente chez ce patient, maçon de profession. Lors de la dernière lettre, j'avais demandé un soutien financier qui lui permettrait de conserver un pensum de 100% en ce qui concerne la durée du travail tout en effectuant une activité de 70%. Cette demande avait été faite afin de réduire les sollicitations physiques tout en pouvant conserver un travail dans le domaine d'activité antérieure en tant que maçon. Malheureusement, vous n'avez pas donné suite à cette demande. Actuellement, je constate une péjoration de la situation clinique avec limitations fonctionnelles douloureuses en rapport avec les sollicitations physiques. Etant donné les troubles statiques importants que présente le patient dans le cadre de sa cyphoscoliose, la détérioration était prévisible dans les situations de charges.

Il devient urgent d'évaluer les possibilités de réinsertion professionnelle ou de réévaluer la situation dans le sens d'un soutien partiel à 50% qui lui permettrait de poursuivre son activité avec un degré de sollicitation adapté. Comme mentionné dans ma dernière lettre, je suis toujours d'avis que la possibilité pour ce patient de poursuivre dans la même profession demeure la meilleure solution pour le long terme".

- Un rapport du 10 novembre 2008 du Dr C._____, qui a posé les diagnostics de cervico-radicalgies C6 gauches itératives avec déficits sensitifs, d'origine indéterminée, et syndrome douloureux facettaire C5/6 gauche, de syndrome irritatif costo-transverse D12 gauche avec névralgies sous-costales D11 et D12, de lombalgies chroniques et de scoliose dorsolombaire en S sinistroconvexe dans la région lombaire. Il a indiqué que l'assuré poursuivait "tant bien que mal" son activité de maçon à 100% pour [...], les tentatives de trouver une activité plus légère ayant

échoué et une réduction de l'horaire de travail n'étant financièrement pas possible. L'assuré se plaignait d'une exacerbation des douleurs dans la région lombaire moyenne et inférieure, éprouvait des difficultés à rester longtemps debout ou assis sans bouger, de même que pour se pencher en avant et se redresser de la position antéfléchie du tronc. Ce médecin a estimé que l'assuré, en raison des sollicitations physiques, ne pouvait pas longtemps continuer de travailler comme maçon.

- Une lettre du 6 mars 2009 du Dr X. _____ adressée au Dr C. _____, décrivant son examen clinique de l'assuré, pratiqué le 5 mars 2009, et constatant les mêmes limitations fonctionnelles que celles décrites le même jour dans une lettre adressée à R. _____ SA.

- Un rapport du 29 mars 2010 du Dr C. _____, qui a retenu un pronostic défavorable quant à une reprise du travail; seule une intervention neurochirurgicale ayant des chances d'aider le patient à retrouver une activité professionnelle dans un travail adapté. La capacité de travail comme maçon était nulle et "les restrictions physiques dans le contexte du port de charge, malgré les divers traitements entrepris à ce jour, l'empêch[ai]ent d'envisager une activité différente plus légère". Il a retenu qu'une intervention devait être effectuée avant d'entreprendre des mesures de réinsertion professionnelle.

- Des courriers des 15 décembre 2010 et 14 janvier 2011 du centre universitaire romand de neurochirurgie du CHUV, relatifs à des convocations, les 30 décembre 2010 et 21 février 2011, pour des radiographies de la colonne lombaire, respectivement pour des consultations ambulatoires en neurochirurgie.

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).

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 de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

b) Le présent litige concerne le versement d'indemnités journalières fondées sur les art. 67 ss LAMal. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières de l'intimé pour la période postérieure au 31 mai 2010.

3. a) Toute personne domiciliée en Suisse où 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 pratiquant l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (art. 67 al. 1 LAMal). L'assurance facultative d'indemnités journalières peut être conclue à titre collectif, notamment par des employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes (art. 67 al. 3 LAMal). Lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur. Si, dans l'assurance individuelle, l'assuré ne s'assure pas pour des prestations plus élevées, de nouvelles réserves ne peuvent être instituées; l'âge d'entrée déterminant dans le contrat collectif est maintenu (art. 71 al. 1 LAMal).

b) En l'espèce, le recourant a été assuré contre la perte de gain, dans un premier temps par l'assurance collective d'indemnités journalières conclue par son employeur, et dans un deuxième temps en raison de la poursuite du contrat à titre individuel, conformément à l'art. 71 al. 1 LAMal.

4. a) Aux termes de l'art. 72 al. 1 LAMal, l'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées. Ils peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité.

b) Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA; art. 72 al. 2, 1^{ère} phrase LAMal). Il est toutefois admis qu'une incapacité de travail inférieure à 50% soit indemnisée lorsque les conditions générales de l'assureur le prévoient ou lorsque cela a été expressément convenu avec le preneur d'assurance (art. 73 al. 1 LAMal; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in Ulrich Meyer [éditeurs], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV Soziale Sicherheit [SBVR], 2^{ème} édition, 2007, n° 1123 p. 783).

En l'espèce, l'art. 13 ch. 1, 1^{ère} phrase, des "Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal", produites par l'intimé, prévoit le versement d'une indemnité journalière en cas d'incapacité de travail à partir de 25%, étant toutefois précisé que cette disposition "n'est pas applicable aux chômeurs" (art. 13 ch. 1, 2^{ème} phrase). La portée exacte de cette restriction peut être laissée ouverte, compte tenu de ce qui suit.

c) La notion d'incapacité de travail est définie à l'art. 6 LPGA. Selon cette disposition, est réputée comme telle toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui

peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

d) Conformément à ce qui précède, le taux d'incapacité de travail doit être fixé en fonction de l'incapacité de l'assuré à exercer sa profession habituelle, aussi longtemps qu'il ne peut être raisonnablement exigé de lui qu'il mette à profit sa capacité de travail dans une activité mieux adaptée. Lorsqu'un tel changement est exigible, l'assureur maladie doit en faire part à l'assuré et exiger de lui qu'il recherche une activité adaptée, conformément à son obligation de diminuer le dommage. Il doit lui laisser un délai de trois à cinq mois pour ce faire. L'indemnité journalière reste intégralement due pendant ce délai, en cas d'incapacité de travail totale dans la profession habituelle (ATF 129 V 460 consid. 4.2, 4.3 et 5.2, 111 V 235 consid. 2a; Eugster, op. cit., n° 1127 p. 784). Au terme du délai imparti par l'assureur, le droit à l'indemnité journalière dépend du revenu que peut réaliser l'assuré en mettant à profit sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. S'il peut réaliser un revenu supérieur à 50% de celui qu'il aurait réalisé sans atteinte à la santé dans son ancienne profession, il faut considérer qu'il ne présente plus une incapacité de travail de 50% au moins au sens de l'art. 72 al. 2, 1^{ère} phrase LAMal. Il n'a donc plus droit à l'indemnité journalière, sous réserve de conditions contractuelles plus favorables (ATF 129 V 460 consid. 4.2, 114 V 281; cf. également TFA K 56/05 du 31 août 2006; Eugster, op. cit., n° 1128 p. 785). Lorsqu'il impartit à l'assuré un délai pour chercher une activité mieux adaptée à son état de santé, l'assureur maladie doit l'aviser de son obligation de diminuer le dommage et des conséquences d'une violation de cette obligation sur le droit à l'indemnité journalière.

5. a) Il est incontesté que le recourant ne peut plus exercer sa profession de maçon. L'intimé soutient toutefois qu'il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, qui lui permettrait de réaliser un revenu de l'ordre de 80% de celui qu'il aurait pu gagner en poursuivant, sans atteinte à la santé, sa profession habituelle. Le recourant le conteste et soutient qu'il lui faut préalablement se soumettre

à une intervention chirurgicale. Il se réfère sur ce dernier point à l'avis de son médecin traitant, le Dr C._____. Il appuie également ses allégations sur le rapport établi au terme de son stage à S._____.

b) aa) Pour établir la capacité résiduelle de travail et de gain d'un assuré, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour apprécier la valeur probante des rapports médicaux dont il dispose, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Dans ce contexte, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique; les constatations d'un expert revêtent donc

en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

bb) Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b; SVR 2006 IV no 10 p. 39; TF I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.1 et les autres références citées).

L'administration doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 28 consid. 4a; 109 V 28). Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (TF I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.2; TFA I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2).

c) En l'espèce, l'assuré s'est soumis le 20 février 2009 à un examen clinique orthopédique par le Dr G._____. Dans son rapport du 5 mars 2009, ce médecin retient les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs, de scoliose lombaire idiopathique et de cervicalgies chroniques. Conformément aux autres pièces médicales versées au dossier de l'assurance-invalidité, le Dr G._____ indique que toutes les mesures conservatrices se sont avérées inefficaces quant au traitement des cervicalgies et des lombalgies. S'agissant de la capacité de travail, il retient que l'assuré peut travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis décembre 2008. Ce taux de capacité de travail, dans une activité adaptée, correspond aux constatations du Dr X._____ (rapport du 6 mars 2009 et courrier du 6 mars 2009 adressé à R._____ SA). Par activité adaptée, il faut entendre tout travail léger avec des ports de charges limités à 15 kg, permettant d'éviter les travaux penché en avant ou en porte-à-faux, et autorisant l'alternance des positions.

Pour sa part, le Dr C._____ a dans un premier temps attesté une capacité de travail, respectivement de rendement, de 70%, puis de 50%, dans une activité de maçon, mais en évitant les travaux lourds (rapports des 16 mars 2006, 26 juillet 2007 et 10 novembre 2008). Par la suite, il a exposé que les "restrictions physiques dans le contexte du port de charge, malgré les divers traitements entrepris à ce jour, [...] empêchent [l'assuré] d'envisager une activité différente plus légère" (rapport du 29 mars 2010; cf. aussi rapport du 24 juin 2011). Les premiers rapports cités ne disent rien de la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Quand aux derniers rapports cités, ils sont insuffisamment motivés pour mettre sérieusement en doute les constatations des Drs G._____ et X._____ relatives à une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée.

En ce qui concerne l'indication à une nouvelle intervention chirurgicale, le Dr C._____ (rapports des 29 mars 2010 et 24 juin 2011) n'est pas suivi par les confrères consultés au CHUV. Le Dr [...] a dans un premier temps exposé qu'il ne pouvait pas se prononcer quant à une

évaluation détaillée en neurochirurgie (rapport du 5 octobre 2005), et les lettres des 15 décembre 2010 et 14 janvier 2011 du Centre universitaire romand de neurochirurgie du CHUV ne font que mentionner des convocations pour des consultations ambulatoires en neurochirurgie. Enfin, dans une lettre du 24 juin 2011 adressée à la mandataire du recourant, le Dr C._____ expose clairement que son avis relatif à une indication opératoire n'est pas partagé par ses collègues. Une telle intervention, au vu des pièces versées au dossier, ne semble d'ailleurs toujours pas avoir été pratiquée à ce jour. Quoi qu'il en soit, même si l'indication opératoire était posée, cela ne suffirait pas à considérer que dans l'intervalle, l'assuré ne dispose pas d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle que décrite par les Drs G._____ et X._____.

Enfin, les constatations faites lors du stage à S._____ (rapport de stage du 17 novembre 2009) sont largement fondées sur les allégations de l'assuré et n'emportent pas la conviction face aux constatations médicales des Drs G._____ et X._____. En effet, il appartient au médecin, et non au conseiller en réadaptation, de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer quelles sont les limitations fonctionnelles présentées par un assuré. En l'occurrence, le rapport de stage décrit un rythme de travail moyen atteignant un taux maximum de 40%, avec des rendements de 35% à 55% selon que l'assuré travaillait en position debout ou assise. Il est admis d'emblée que l'assuré devait régulièrement se déplacer et faire quelques pas et qu'au fil des heures, la fatigabilité augmentait et influait sur le rendement. Or, si les Drs G._____ et X._____ ont admis qu'il fallait trouver pour l'assuré un emploi permettant l'alternance des positions, leurs constatations ne permettent pas d'admettre la nécessité de se lever et de quitter son poste de travail pour faire quelques pas, à une fréquence telle qu'il en résulterait une diminution de rendement de près de 50%. Ils n'ont par ailleurs pas indiqué que l'assuré serait sujet à une fatigabilité accrue dans une activité adaptée. En réalité, force est donc de constater que les maîtres de stage se sont limités à constater le rendement de l'assuré, sans véritablement mettre en question la justification médicale des limitations constatées.

d) Compte tenu de ce qui précède, l'intimé a constaté à juste titre une pleine capacité de travail de l'assuré, dans une activité adaptée telle que décrite par les Drs G. _____ et X. _____. Il s'est référé, pour le surplus, au calcul du taux d'invalidité par l'OAI, qui ne prête pas flanc à la critique, et contre lequel le recourant ne soulève d'ailleurs aucun grief particulier, hormis en ce qui concerne sa capacité résiduelle de travail. Il en résulte que l'assuré dispose encore d'une capacité résiduelle de gain de 80%, qui exclut le maintien du droit aux indemnités journalières au terme du délai de grâce imparti à l'assuré pour rechercher un emploi adapté. En l'occurrence, ce délai a été fixé dans une première décision du 9 avril 2009. Cette décision est entrée en force, sans qu'il soit nécessaire de se prononcer ici sur la portée exacte de cette entrée en force. Quoiqu'il en soit, en effet, l'intimé a repris le versement de ses prestations après le stage effectué à S. _____, mais l'assuré savait, au regard de la décision du 9 avril 2009, qu'il lui appartenait de rechercher une activité mieux adaptée à son état de santé. Partant, l'intimé était en droit de mettre à nouveau fin au paiement des indemnités journalières dès le 1^{er} juin 2010.

6. Le recourant voit ses conclusions intégralement rejetées, de sorte qu'il ne peut prétendre de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA). La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA), de sorte qu'il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice.

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 11 août 2011 par R. _____ SA est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- CAP Compagnie d'assurance de protection juridique SA, à Lausanne
(pour P. _____)
- R. _____ SA
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :