

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 juin 2016

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Dormond Béguelin et Mme Silva, juges assesseurs
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

R._____, à [...], intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 67, 71 al. 2 LAMal, 6, 7 LPGA

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1965, de nationalité [...], a travaillé en qualité d'employé de nettoyages pour le compte de N._____ à plein temps du 1^{er} février 2006 au 31 juillet 2014, date à laquelle son licenciement a pris effet (cf. lettre de résiliation de l'employeur du 28 avril 2014). A ce titre, il était couvert contre la perte de gain selon la LAMal auprès d' R._____ (ci-après également : la caisse-maladie ou l'intimée).

Le 29 octobre 2013, l'employeur a annoncé à R._____ que l'assuré était en incapacité de travail pour cause de maladie du 25 octobre au 7 novembre 2013.

Dans un rapport d'IRM du 7 novembre 2013, la Dresse D._____, spécialiste en radiologie, a diagnostiqué des lombosciatalgies gauches, précisant que l'assuré présentait un débord discal circonférentiel L3-L4 avec une composante de protrusion discale paramédiane et récessale droite sans sténose foraminale significative associée, la protrusion discale provoquant un conflit au niveau de l'émergence L4 droite. Dans un rapport du 21 novembre 2013 à R._____, le Dr Q._____ a confirmé ce diagnostic, précisant que les premiers symptômes étaient apparus le 24 septembre 2013. Cela avait commencé par des lombalgies, puis évolué en lombopygalgies et finalement en lombosciatique droite. Le patient se plaignait également de fourmillements du membre inférieur droit, surtout au niveau des orteils. Le Dr Q._____ a expliqué qu'il était difficile de faire un pronostic, mais qu'en général, la pathologie diminuait avec le temps et que son patient était en incapacité complète de travail à compter du 25 octobre 2013. Le médecin a indiqué que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail, ne pouvant cependant pas préciser à partir de quand.

Dans un rapport du 22 février 2014 à R._____, le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, suivant l'assuré depuis le 11 novembre 2013, a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction mixte (F43.2 - CIM-10) et d'état de stress post-traumatique chronique pauci-symptomatique (F.43.1). Le Dr F._____ a expliqué que l'assuré avait vécu la guerre, des déplacements forcés, la vente de ses biens, l'émigration et de la violence conjugale. Depuis un certain temps, il subissait un harcèlement au travail, réagissant par révolte, peur et déprime. L'assuré avait une bonne présentation générale, était authentique, cohérent, mais élaborait peu. Il y avait un profond sentiment d'injustice, une irritabilité, ainsi qu'un rappel sous-jacent des injustices subies dans le passé. Le Dr F._____ a expliqué que les entretiens psychiatriques étaient focalisés sur l'adaptation et le soutien, précisant que l'assuré prenait un antidépresseur. Le pronostic était réservé s'agissant du retour au même poste de travail. Sur le plan psychiatrique, on pouvait s'attendre à une reprise d'une activité professionnelle à 100%, à une date pourtant indéterminée, car la présence d'une maladie physique rendait l'évaluation difficile au plan psychiatrique.

Par courrier du 7 février 2014, R._____ a invité l'assuré à se présenter pour un examen médical auprès du Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale, le 26 février 2014, précisant que sauf objection motivée de sa part au 21 février 2014, l'assureur-maladie partait du principe qu'il acceptait cet examen.

Dans son rapport du 9 mars 2014, le Dr B._____ a exposé avoir examiné l'assuré le 26 février 2014, cette consultation s'étant déroulée en présence d'une interprète [...]. Le Dr B._____ a écrit notamment ce qui suit :

" Anamnèse :

[...] de 48 ans, engagé comme « homme à tout faire » (nettoyage, jardinage, peintre en bâtiment...), depuis le 1^{er} février 2006. Monsieur W._____ est en arrêt de travail complet depuis le 25 octobre 2013. Cette situation est issue, tant d'un conflit relationnel avec le directeur de l'entreprise qui l'emploie que pour une symptomatologie douloureuse de la région lombaire inférieure avec irradiation dans le membre inférieur gauche. Cette deuxième plainte a débuté depuis

2011, suite à une probable piqûre de tique au niveau de la jambe gauche qui a nécessité une hospitalisation de 3 jours à [...] et un traitement d'antibiotiques pendant une dizaine de jours. A l'époque, Monsieur W._____ avait été mis au bénéfice d'un arrêt de travail d'un mois. Depuis lors, il se plaint d'épisodes de douleurs lombaires, avec fourmillements dans le membre inférieur gauche, qui ont entraîné des arrêts de travail, en particulier en septembre 2013. De cette situation, Monsieur W._____ dit avoir été moqué par son directeur...

En ce qui concerne la symptomatologie douloureuse et lors de notre consultation, Monsieur W._____ la situait entre 6 et 7 sur l'EVA, compte tenu du fait que quotidiennement elle peut monter à 9. Le minimum se situant à 4.

Il a bénéficié depuis décembre 2013 de 18 séances de physiothérapie.

Par ailleurs, et depuis l'affection dermatologique de la jambe gauche, Monsieur W._____ évoque une intolérance à des produits non déterminés qui entraînent des réactions dermatologiques tant au niveau des mains qu'au niveau des pieds.

Dans ce contexte de conflit professionnel, le Docteur Q._____ a adressé Monsieur W._____ à un psychiatre. La prise en charge psychothérapeutique a débuté en novembre 2013 et Monsieur W._____ se rend toutes les 3 semaines à [...] chez le Docteur [...] [recte : F._____] qui parle sa langue maternelle. Il prend du [...].

Anamnèse socioprofessionnelle :

Après l'école obligatoire, Monsieur W._____ a travaillé comme saisonnier dans l'hôtellerie en [...] pendant 3 saisons. Puis dans une fabrique d'aluminium pendant 7 ans jusqu'à 1991. Par la suite, il intégrera l'armée pendant 4 ans et dès août 1995, il obtiendra le statut de réfugié en Suisse où il travaillera dans l'agriculture dès 2004 (élevage de cochons) jusqu'en 2006. Il sera engagé ensuite par N._____ dès 2006 dans une équipe de 20 personnes.

Marié en 2000, puis divorcé depuis 2009. Un fils de 17 ans né d'une première relation et vivant à [...].

Actuellement, il vit seul et s'occupe des différents aspects de son ménage.

Antécédents personnels :

Vraisemblable piqûre de tique en 2011.

Allergie à un produit non déterminé au niveau des mains en mai 2013, avec consultation dermatologique à [...].

Pas d'autre accident ou opération.

[...]

Status :

Patient de 38 ans [recte : 48 ans], arrivant au cabinet avec une discrète boiterie à gauche. De bonne présentation. Strabisme divergeant.

Poids 110,500 kg pour 182 cm. Auscultation cardio-pulmonaire physiologique. TA 160/93 mmHg, pouls régulier à 100/min. Abdomen globuleux souple et indolore. Présence d'une lésion dyskératosique et finement squameuse sur le côté externe de la main droite.

Démarche avec boiterie désordonnée pendant l'examen. Distance doigts-sol 10 cm. Contracture importante de la musculature paravertébrale ddc. Marche sur la pointe des pieds et les talons réalisable avec beaucoup de mouvements parasites. Epreuves de Lasègue négatives. Pas de déficit sensitif ou moteur au niveau des membres inférieurs, où les réflexes ostéotendineux sont faibles et symétriques. Réflexes cutanés plantaires en flexion.

Périmètre des cuisses mesuré à 15 cm du pôle supérieur de la rotule à 63 cm à droite et 62 cm à gauche.

Sur le plan thymique, Monsieur W._____ exprime une blessure narcissique issue d'un conflit sur le lieu de travail. Il ne présente, à mon avis, aucun signe ni dépressif, ni anxieux.

Conclusion :

« Employé à tout faire » dans la même entreprise depuis 2006, Monsieur W._____ a présenté un certain nombre d'absences au cours des derniers mois, suite à une symptomatologie de lombalgies qui se sont compliquées par un conflit avec son employeur.

Après l'avoir écouté, examiné et pris contact avec son médecin traitant, le Docteur Q._____, je considère que :

Sa capacité professionnelle doit être considérée comme pleine et entière dès le 15 mars 2014, sous réserve d'une consultation prévue à [...] chez les Docteurs [...] et [...] au début mars 2014.

Il n'y a, à mon avis, pas de raison médicale, sur le plan psychologique, qui justifierait une incapacité de travail, compte tenu du fait, toutefois, du conflit relationnel dans son poste actuel.

En d'autres termes, Monsieur W._____ peut être considéré comme apte à reprendre son travail à 100 % dès le 15 mars 2014 ".

Par courrier du 19 mars 2014, R._____ a fait savoir à l'assuré que vu le rapport du Dr B._____, elle cesserait le versement des indemnités journalières à partir du 1^{er} avril 2014.

Dans un rapport du 14 avril 2014 au médecin-conseil de la caisse-maladie, la Dresse G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, au Centre médical de [...], a diagnostiqué des dorso-lombalgies irradiant dans le membre inférieur gauche (sur protrusion discale L3-L4, troubles dégénératifs avec arthrose postérieure et dysbalance musculaire), des gonalgies droites (sur insertionite patte d'oie et surcharge à droite par décharge du côté opposé) et un état dépressif. Elle a en outre précisé ce qui suit :

" Rappel anamnestique :

Le patient se plaint de douleurs actuellement lombaires, irradiant dans le MIG [réd.: membre inférieur gauche], principalement sur la face

latérale de la cuisse et du genou. Il signale que ses douleurs sont persistantes, mais variables dans l'intensité. Il signale de plus en plus également des douleurs au niveau du genou droit, suite à la décharge du MIG et la surcharge du côté droit.

EVOLUTION-DISCUSSION :

A l'examen clinique, on constate une certaine raideur au niveau de la colonne dorso-lombaire, avec un Schober de 10-15 cm, avec une distance doigts-sol de 20 cm, une rotation droite-gauche de 20/0/20° et une inclinaison latérale droite-gauche également de 20/0/20°. Ces mouvements sont effectués très hésitants et décrits comme très douloureux du côté gauche, lors de l'inclinaison latérale à droite ainsi que lors de la rotation à gauche en fin d'amplitude. On constate une hypertension dans la musculature paravertébrale gauche, et la palpation des épineuses est très sensible sur toute la hauteur lombaire. L'extensibilité musculaire est diminuée sur les chaînes antérieures et postérieures.

A l'examen neurologique il n'y a pas de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire.

Au niveau du genou, la mobilité est complète. Il y a des douleurs à la palpation de l'interligne interne ainsi qu'au niveau de la patte d'oie. Pas d'instabilité ligamentaire. Les signes méniscaux sont négatifs.

A mon avis il existe une légère limitation fonctionnelle au niveau du rachis, mais ce qui est surtout à tenir compte est le problème psychologique, où le patient me fait une forte impression d'être déprimé, avec manque de motivation et incapacité à pouvoir agir. Tenant compte de la situation conflictuelle à la place de travail, qui en partie est un facteur déclenchant de ce problème psychologique, je pense qu'une reprise de travail est actuellement prématurée. D'autant plus que la limitation fonctionnelle, même si elle est légère, est toujours présente.

Après un long entretien avec M. W. _____ lors de la consultation le 9 avril dernier, il semble avoir bien compris les mesures que l'on veut entreprendre sur le plan physique, c'est-à-dire travailler davantage la mobilité et la force du rachis, et qu'il doit se motiver lui-même et ne pas arrêter les efforts à la moindre accentuation des douleurs. Si l'évolution continue à être favorable et que le patient se montre motivé, je pense l'inclure dans un groupe de rééducation du rachis le plus rapidement possible, mais pas avant début mai.

Pour répondre à votre question quant à un pronostic, je pense qu'une reprise de travail sera possible. Actuellement elle est prématurée, et pas seulement dû à un problème physique, mais également psychique.

Je vous tiens au courant de l'évolution. Pour le moment, j'ai prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 12 mai ".

B. Par courrier du 7 mai 2014, R. _____ a convoqué l'assuré pour une expertise pluridisciplinaire auprès du S. _____ (ci-après : S. _____). La convocation précisait que l'expertise serait réalisée par les Dresses H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et V. _____, spécialiste en rhumatologie, et que sauf objection motivée de

la part de l'assuré jusqu'au 21 mai 2014, la caisse-maladie partait du principe qu'il acceptait cet examen. Il était également précisé qu'une interprète de langue serbe serait présente et le questionnaire d'expertise était joint à l'envoi.

A la demande d'R._____, le Dr F._____ a envoyé au S._____, le 8 juin 2014, un résumé du suivi de l'assuré. Il y a exposé notamment ce qui suit :

" Déjà en arrêt maladie depuis le 25 octobre pour une lombosciatalgie, [M. W._____] demandait de l'aide par rapport à ses problèmes psychiques qui étaient liés à un harcèlement au travail. Son médecin traitant lui avait déjà prescrit [...] qu'il a dû arrêter après quelques jours en raison des effets indésirables gastro-intestinaux.

Il se plaignait de symptômes du registre anxio-dépressifs - tension psychique permanente, ruminations douloureuses, fatigue, insomnie avec des cauchemars non spécifiques, irritabilité, instabilité émotionnelle, perte de concentration. Derrière ses symptômes on trouve une profonde blessure émotionnelle, sentiment d'injustice, d'insécurité professionnelle et une révolte impuissante. Ces symptômes étaient en lien direct avec les relations au travail avec plusieurs personnes y compris ses responsables qui auraient été de mèche. Sa description de harcèlement est assez véridique. Il se sentait notamment blessé par la mise en doute ouverte de ses problèmes de santé physique voire des accusations de simulation.

Monsieur W._____ est de nationalité [...] d'origine d'une région de [...] qui a été particulièrement touchée par la guerre. Il a passé quatre ans en tant que soldat et à la fin il a dû se réfugier en 1995 en [...] comme la plupart de ses compatriotes, perdant tant ses avoirs que ses repères sociaux et psychologiques. Il a ensuite eu un mariage malheureux où il a été victime de violence verbale et physique de la part de son ex-femme. Son seul enfant, un fils de 17 ans est resté en [...] et il doit subvenir à ses besoins matériels. Il a immigré en Suisse il y a 10 ans [pour] des raisons économiques. Il n'a pas eu de problèmes professionnels avant d'arriver chez l'employeur actuel.

Dans les entretiens, on se trouve face à un homme simple qui a un discours cohérent et authentique sans trouble cognitif majeur et sans signes de la lignée psychotique. Dès qu'on aborde ses problèmes au travail, il devient très émotionnel exprimant à la fois une colère impuissante et des sentiments de tristesse et d'angoisse. Même si on ne trouve pas d'anamnèse dans le sens de l'état de stress post-traumatique typique lié à son parcours dans la guerre et à la violence conjugale subie il donne l'impression d'un homme éprouvé par la vie qui essaye de s'en sortir par une fierté protectrice. On retrouve dans son anamnèse et sa présentation une continuité de profond sentiment d'injustice, d'impuissance et de perte qui dépasse actuellement ses capacités d'adaptation face au harcèlement qu'il a subi au travail.

Le traitement de [...] a été essayé sans un résultat notable. L'aggravation et la confirmation objective de ses problèmes somatiques lui ont donné, au début de l'année courante, à la fois une

amélioration psychique (reconnaissance des problèmes de santé mis en doute par son employeur) et une profonde inquiétude concernant l'état de son dos qui pourrait mettre en péril sa capacité de travail à long terme. N'ayant aucune formation professionnelle il ne pourrait compter que sur sa capacité physique pour gagner sa vie.

Une nouvelle aggravation a eu lieu après l'avis de médecin-conseil de l'assurance. Il s'est senti complètement incompris. L'expert lui aurait dit qu'il n'a aucun problème psychique et qu'il est simplement fâché contre son employeur. La réaction du patient était violente avec un effondrement dans les sentiments dépressifs et anxieux dont il se défendait par la colère ce qui donnait dans son ensemble un tableau clinique à la limite d'une réaction paranoïaque. Ces sentiments ont été renforcés par l'attitude de son amie actuelle qui est très présente.

J'ai essayé de travailler avec le patient divers aspects de sa situation et des modes de sortie de son état psychologique, malheureusement, sans résultat. Alors, j'ai proposé au patient, au mois de mars, de trouver un autre psychiatre tout en restant à sa disposition dans l'intervalle. Dans l'appel téléphonique récent, il m'a informé d'avoir commencé, depuis peu, le suivi auprès d'un autre collègue ".

L'assuré a été examiné par les expertes du S. _____ le 23 juin 2014. L'expertise a été réalisée en présence d'une interprète, Mme [...], interprète auprès d' [...], [...], à [...]. Dans leur rapport d'expertise du 1^{er} juillet 2014, les expertes ont écrit ce qui suit :

"3.3.2 DISCUSSION AU PLAN SOMATIQUE

M. W. _____ révèle comme antécédent une probable zoonose, une maladie de Lyme en 2011 avec une sérologie sanguine positive suite à l'apparition d'un probable érythème chronique migrant du membre inférieur gauche. A l'hôpital où il avait consulté on a d'abord pensé à une dermo-hypodermite non spécifique. C'est son médecin-traitant qui a fait le diagnostic. Cette maladie de Lyme a été traitée précocement à la phase primaire de l'érythème migrant. M. ne parvient toutefois pas à nous dire s'il y a eu la confirmation de la morsure de tique à ce moment-là. La maladie n'a en tout cas pas atteint le stade secondaire pouvant se compliquer, d'une neuro neuro-borréliose ou de manifestations articulaires.

Son médecin traitant a suspecté un nouvel épisode récent, M. W. _____ relatant avoir vu une tique au niveau de sa jambe droite après une promenade à [...], sans érythème. Il reçoit à nouveau un traitement antibiotique. Nous n'avons pas reçu le résultat de son contrôle sérologique du Dr Q. _____. Nous n'avons toutefois pas d'argument pour un érythème chronique, ni pour un état fébrile. Son traitement actuel reçu depuis le 17.06. est approprié s'il s'agit d'un nouvel épisode.

Il présente aussi une douleur lombaire de longue date récurrente, et une douleur fessière gauche survenue suite à un travail en position anti-ergonomique sur une échelle, occupé à des travaux de peinture en septembre 2013. Il explique que son chef hiérarchique avec lequel il

entretenait des relations difficiles s'est moqué de lui et de ses douleurs. Il décrit une situation très conflictuelle à son travail.

Il a été licencié.

Son état douloureux a pris le chemin de la chronicité. Malgré l'absence d'exposition à des facteurs mécaniques délétères, puisqu'il ne travaille plus depuis 9 mois, l'état douloureux s'est étendu - depuis l'arrêt de travail total - à toute la jambe gauche ainsi qu'en région scapulaire, à la racine du membre supérieur droit. Il est permanent, très intense, irréductible à une prise en charge ambulatoire intensive à [...] et aux traitements anti-inflammatoires prescrits.

M. W._____ a pris plus de 10 kg depuis son arrêt de travail. Il annonce des éléments de kinésiophobie. Malgré les encouragements des médecins qui l'ont rééduqué à [...] pour poursuivre ses exercices de gainage axial et d'endurance par un programme sportif, il annonce ne pas pouvoir marcher plus de 100 mètres d'affilée et ne pas pouvoir tenir, debout plus que 5 minutes.

Il mène une vie très sédentaire. Il n'a pas cherché de nouveau travail et ne voit pas ce qu'il pourrait faire avec ces douleurs et ses difficultés avec la faible maîtrise du français qu'il a.

Les examens d'investigation au plan médical n'ont pas démontré de pathologie bien relevante. Il existe une anomalie de transition lombosacrée, des atteintes dégénératives banales et débutantes du rachis lombaire, sans répercussion neurologique, survenant sur de discrètes séquelles de maladie de Scheuermann.

Il n'y a pas d'argument pour une pathologie coxo-fémorale, pour un rhumatisme inflammatoire, pour une maladie évolutive, dans le diagnostic différentiel.

Il est très régulièrement suivi par le Dr Q._____ qui n'a pas mis en évidence de piste pour une maladie de médecine générale associée. L'état général est préservé.

Si le Dr Q._____ relate des lombo-pygalgies à bascule avec symptomatologie droite en fin d'année 2013, M. n'a parlé que de douleurs du membre inférieur gauche avec des sensations diffuses de fourmillements, sans territoire anatomique particulier.

En mars 2014, le Dr B._____ux, médecin généraliste consulté pour avis ne constatait pas de maladie particulière justifiant le maintien d'une incapacité de travail dès le 15.03.2014, sous la réserve de la consultation à [...].

Nos collègues de [...] ont estimé qu'une surcharge psychique entravait une reprise professionnelle immédiate. La Dre G._____ encourageait son patient à « se motiver lui-même et ne pas arrêter les efforts à la moindre accentuation des douleurs » dans son courrier au médecin traitant du 14.04.2014. Elle a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 12 mai en incluant le patient dans un groupe de rééducation du rachis.

Le rapport du Dr [...] du 13 juin dernier atteste finalement, au terme du programme, d'un faible gain de la cure thermale ambulatoire sur le plan de l'endurance. A la lecture des documents qui ne mentionnent pas le niveau d'effort avec les pulsations cardiaques, nous ne savons pas si le patient se trouvait en situation d'autolimitation ou s'il a atteint des zones d'aérobic ou d'anaérobic. Le Dr [...] encourage toutefois, sans limitation, la poursuite des exercices d'endurance et la reprise du sport.

M. W. _____ dénonce lors de l'expertise actuelle un comportement extrêmement sédentaire et kinésiophobique depuis l'arrêt des exercices à [...]. Il ne peut en démontrer aucun. Il ne fait plus rien a-t-il déclaré à l'experte rhumatologue alors qu'à l'experte psychiatre il a dit qu'il faisait ses exercices chaque matin. Il confirme qu'il ne peut plus marcher plus de 100 mètres. Il dit qu'il ne tient pas debout en piétinement plus de 5 minutes.

Les éléments diagnostiques ne permettent pas de retenir de telles limitations.

On peut évoquer un échec thérapeutique mais comme il ne peut démontrer au final aucun exercice de physiothérapie et que les tests fonctionnels évoqués ne confirment pas que M. ait atteint une accélération de la fréquence cardiaque ni qu'il ait sollicité la musculature accessoire, dans ce contexte de kinésiophobie, la possibilité d'autolimitations entre dans les hypothèses de la résistance thérapeutique.

Nos collègues de [...] ont maintenu l'arrêt de travail au-delà du délai du Dr B. _____ avec reprise prévue à mi-mars 2013 car ils ont mis en place un programme de physiothérapie intensive et ils suspectaient une comorbidité psychique, ce qui est infirmé par la co-experte psychiatre.

Avant de parler d'échec thérapeutique « à tout » on doit évoquer la possibilité d'une compliance insuffisante.

Sur le plan du traitement médicamenteux, M. W. _____ m'a relaté ne pas répondre à son anti-inflammatoire. A l'experte psychiatre, il a évoqué qu'il ne prenait plus d'autre médicament que le [...] 30 mg depuis 2 mois. Sa liste médicamenteuse comprend pourtant le [...] 60 mg et [...], entre autres. Nous avons eu des éléments contradictoires quant à cette liste de médicaments et quant à sa réelle compliance.

L'examen clinique montre un homme vif, visiblement toujours très en colère contre son ancien employeur, avec une gestuelle riche, non limitée, leste. Il présente une obésité et un certain relâchement de la sangle abdominale et une insuffisance des érecteurs du tronc qui s'aggrave depuis son long arrêt de travail, délétère dans le contexte de douleurs chroniques. Il garde un bon état général apparent et une musculature relativement athlétique au niveau des bras et des jambes.

Il marche normalement il ne présente pas de boiterie ni d'épargne du dos. Il existe des dysbalances musculaires qui n'ont pas été corrigées par le traitement à [...] mais M. W. _____ se montre peu motivé pour poursuivre les exercices qui lui ont été démontrés tant en étirement qu'en tonification axiale. Je n'ai pas d'évidence d'un déficit radiculaire ni de signe radiculaire irritatif.

Tous les points d'insertion de la fibromyalgie sont présents selon les critères de 1990. Il existe aussi les manifestations fonctionnelles extra-articulaires de la fibromyalgie selon les critères de 2010. Les points contrôles sont aussi amplement positifs.

J'ai également mis en évidence une importante kinésiophobie, des signes d'amplification selon Matheson, des symptômes et des signes de discordances selon Waddell dont nous avons discuté lors de notre travail de synthèse avec la co-experte psychiatre.

Au terme de l'examen somatique, je confirme une affection mineure de l'appareil locomoteur avec, au plan radiologique :

- Une séquelle d'ostéodystrophie de croissance du rachis lombaire, affection fréquente touchant environ 8% de la population, survenant durant l'adolescence, principalement chez le garçon. Dans l'ostéodystrophie de croissance les douleurs sont inconstantes. Cela ne justifie pas, en soi, de limitation fonctionnelle d'autant que les douleurs annoncées par M. W. _____ n'ont pas les caractéristiques de celles qui sont généralement rapportées par les patients souffrant de leur ostéodystrophie. Ceux-ci évoquent plus volontiers des douleurs de type statique mécanique et non pas des douleurs permanentes dépassant la localisation rachidienne. Je ne pense pas que cette constatation radiologique soit l'explication des douleurs chez M. W. _____ et m'apparaît de découverte fortuite. Elle n'est pas associée à des lésions congestives à l'IRM qui donnerait une plus forte corrélation avec une symptomatologie douloureuse.
- Une dégénérescence discale sans signe neurologique. La dégénérescence discale est détectée sur les IRM dès l'âge adulte jeune. M. W. _____ présente des signes de dégénérescence discale avec début de discarthrose mais sans rétrécissement canalaire ni des récessus. Il n'y a pas de signe irritatif ni déficitaire au plan neurologique. En raison d'une protrusion discale paramédiane en L3-L4 à droite j'ai recherché attentivement une atteinte radiculaire à cet étage. Je me suis posé la question d'une hyporéflexie rotulienne droite mais il n'y a aucun autre signe irritatif ni déficitaire et le patient ne se plaint que de douleur au membre inférieur gauche, mal systématisées. Il n'y a donc pas de corrélation radio-clinique avec cette discopathie et les plaintes actuelles.
- L'anomalie de transition lombo-sacrée est aussi une affection fréquente et se rencontre chez environ 7% des sujets. En elle-même elle n'est pas douloureuse. Elle s'associe chez M. W. _____ à une néoarthrose inter-transversaire à gauche qui me paraît symptomatique au status mais les douleurs dépassent ce site anatomique et leur ampleur, leur intensité, dépassent cette entité anatomique. Une douleur intertransversaire reste mécanique et répond au repos, et aux mesures thérapeutiques conservatrices. Elle ne s'amplifie pas avec le repos en 9 mois d'arrêt d'activités ou alors il faut rechercher une autre lésion. Le territoire douloureux n'a plus de corrélation avec cette zone anatomique.

Ces anomalies du rachis sont mineures et bénignes. M. W. _____ dénonce un état douloureux dépassant ces constatations anatomiques. J'en ai débattu avec la co-experte psychiatre.

Ces atteintes mineures sont toutefois cumulées et justifient, à terme, au vu du processus du vieillissement, que M. W. _____ ne porte plus de charges répétitives dépassant 30-35 kg dans une position de porte-à-faux. Je l'ai encouragé à se mobiliser, à marcher progressivement sur de plus longues distances, à reprendre le sport comme l'a fait le Dr [...], et je l'ai encouragé à reprendre le chemin d'une activité professionnelle comme l'a fait le Dr B. _____.

Dans le diagnostic différentiel étiologique, je n'ai pas retenu de critère pour un rhumatisme inflammatoire, ni pour une maladie osseuse infiltrative, ni pour une maladie neuromusculaire. Je n'ai pas retenu les caractéristique de douleurs neuropathiques, ni pour une algodystrophie selon les critères d'Harden.

Diagnostic somatique

Fibromyalgie M 79.0

Rachialgies non spécifiques M 54.9 sur troubles rachidiens mineurs associant :

Une anomalie de transition lombo-sacrée avec néo-arthrose inter-transversaire gauche

Des séquelles modérées d'ostéodystrophie de croissance

Des discopathies étagées

Des dysbalances musculaires étagées

Obésité E 66.9

Status après érythème chronique migrant du tibia gauche traité en juin 2011.

Capacité de travail au plan somatique

Nous ne disposons pas du descriptif détaillé de l'ancien poste de travail de votre assuré. Dans la mesure où il ne devait pas porter de manière répétitive des charges de plus de 30-35 kg en porte-à-faux, sa capacité de travail est entière. S'il devait porter de manière répétitive des charges supérieures, j'admets une diminution partielle de sa capacité de travail en relation.

Dans toute activité respectant cette restriction sa capacité de travail est entière et elle l'est depuis la présente expertise.

Perspective thérapeutique et pronostic au plan somatique

Des éléments sortant du champ médical ont visiblement interféré. Il est probable que le médecin traitant n'ait pas eu à disposition tous ces éléments car nous avons disposé d'une traductrice pour nous les transmettre. Ces éléments non-médicaux mais connus pour favoriser le lit des douleurs chroniques (yellow flags) expliquent que nos mesures médicales traditionnelles aient eu peu d'impact.

Il apparaît que la prescription de médicaments dont M. W. _____ remet en question l'efficacité et pour lequel il a donné des versions différentes quant à sa compliance n'a pas son indication actuellement. Un antalgique de pallier I tel que le paracétamol, sans effet secondaire digestif peut être prescrit au besoin.

Ce très long arrêt de travail non seulement n'a pas amélioré les douleurs mais a été délétère en aggravant le déconditionnement axial, en favorisant une prise pondérale chez ce patient atteignant actuellement un stade d'obésité. Cette prise pondérale avec une obésité tronculaire est en soi délétère à ce dos douloureux pour lequel il est suggéré de limiter les lourdes charges.

D'autres éléments sortant du champ médical, comme l'absence de formation professionnelle, la mauvaise intégration chez un patient qui, en une dizaine d'années n'a pas acquis la langue du pays sont des facteurs qui vont entraver sa reprise professionnelle. Ces éléments sortent aussi du champ médical tout comme sort du champ médical le conflit qui a amené le patient à son licenciement récent. Il nous a amplement expliqué ce qu'il a ressenti comme une grande injustice et qui le préoccupe encore actuellement. Ces éléments parasitent un bon pronostic sur le plan des douleurs et d'une reprise de travail.

3.3.3 DISCUSSION AU PLAN PSYCHIATRIQUE

M. W. _____, 49 ans, d'origine serbe, né en [...], divorcé, est père d'un fils âgé de 17 ans. Monsieur est sans formation.

Après une scolarité de 8 ans, peu investie, Monsieur travaille dans des emplois non qualifiés (aide de cuisine puis ouvrier), jusqu'à ce que la guerre éclate en [...] en mars 1991. Du fait de son origine [...], Monsieur est licencié. Il s'engage dans l'armée parallèle [...], considéré par les [...] comme terroriste. Monsieur n'aurait pas été pris par l'armée [...] et n'a connu de maltraitements diverses.

En août 1995, Monsieur et d'autres [...] doivent quitter [...] pour se rendre en [...].

Monsieur noue une relation avec une compatriote dont sera issu un fils, né en août 1997.

2 ans plus tard, le couple se sépare en raison d'une mésentente.

Monsieur travaille ponctuellement dans de petits emplois non qualifiés (nettoyage de voiture).

En 2002, Monsieur se marie avec une compatriote de 11 ans son aînée.

En 2004, par le biais d'un compatriote travaillant en [...], Monsieur peut travailler 2 ans comme aide agricole dans une ferme en [...].

Dès le 1^{er} février 2006, Monsieur est engagé comme employé polyvalent, au N. _____.

En 2009, l'épouse requiert le divorce.

Courant 2011, Monsieur a noué une nouvelle relation avec une compatriote née en 1963, veuve, mère de 2 enfants adultes. Chacun a son appartement. Monsieur voit régulièrement sa compagne et les 2 enfants de cette dernière.

Dans le cadre de son travail, Monsieur est sous les ordres d'un chef d'origine [...] ; ceci engendrait divers conflits et maltraitements selon Monsieur.

En juin 2013, Monsieur a un premier arrêt de travail à la suite d'un refroidissement.

En septembre 2013, nouvel arrêt de travail en raison de lombalgies. Suite à cet arrêt de travail, Monsieur dit avoir été maltraité par son chef, la secrétaire et le directeur du _____.

Dès le 25 octobre 2013, Monsieur est à nouveau en arrêt de travail en raison de lombalgies. Le 30 avril 2014, Monsieur apprend son licenciement pour le 31 juillet.

Sur le plan psychopathologique, courant 1990, après le décès accidentel de sa soeur, alors âgée de 20 ans, Monsieur présente de probables troubles de l'adaptation nécessitant un suivi pendant plusieurs mois. Aucune médication n'aurait été prescrite.

Dès novembre 2013, suite aux lombalgies et au conflit professionnel, Monsieur présente des troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive. M. W. _____ requiert un suivi auprès du Dr F. _____, à [...], ce collègue parlant le [...].

Dès décembre 2013, un traitement de duloxétine ([...]) 30 mg (selon les dires de Monsieur) est introduit. L'évolution est lentement favorable, bien qu'il persiste d'importantes revendications de M. W. _____ à l'encontre de son employeur.

En mars 2014, suite à un litige avec le psychiatre, Monsieur cesse ce suivi.

Fin mai 2014, Monsieur a vu à une reprise le Dr [...], psychiatre à [...].

Le traitement antidépresseur n'a pas été modifié, ni la dose augmentée ; quant à l'inducteur de sommeil prescrit en décembre 2013, Monsieur le prend que très ponctuellement.

Bien que M. W._____ évoque des douleurs intenses, présentes en permanence, aucun antalgique n'est pris par l'expertisé depuis 2 mois.

Dans son rapport du 8 juin 2014 réalisé à mon attention, le Dr F._____, psychiatre traitant de l'époque, indique que M. W._____ avait subi des maltraitements verbales et physiques de son ex-épouse et durant la guerre. À ma question, M. W._____ a infirmé ces faits. Vu la stature athlétique de l'expertisé et son passé de soldat, les maltraitements physiques de l'ex-épouse paraissent peu crédibles.

Le problème majeur est le conflit avec l'employeur et les multiples revendications de M. W._____ à l'encontre de l'employeur, de son chef et de l'assurance.

Selon les dires de Monsieur, il aurait coupé les contacts avec ses copains car ces derniers ne l'appelleraient plus.

Dans son quotidien, Monsieur se lève entre 9 et 10 heures ; il dit faire chaque jour des exercices de gymnastique (Monsieur a affirmé à la co-experte ne pratiquer aucun exercice) puis il va se promener pendant environ une heure. À domicile, Monsieur regarde la télévision puis il va à nouveau se promener (il a affirmé à la co-experte ne pas pouvoir marcher plus de 100 mètres). Monsieur s'occupe de ses repas. Les tâches ménagères sont effectuées par la compagne. M. W._____ s'occupe également de ses courses. Au minimum 2 fois par année, Monsieur se rend en [...] pour voir ses parents (en bus avec un trajet d'environ 14 heures). Cet été, Monsieur ne sait pas encore s'il se rendra ou non en bus en [...].

À l'examen clinique de ce jour, Monsieur est ponctuel. Il est orienté aux 4 modes.

Monsieur ne manifeste pas de douleur ou de signe d'inconfort mais il les relate de manière démonstrative.

Aucune fatigabilité ou ralentissement psychomoteur n'est objectivé. Monsieur répond rapidement aux questions d'une voix tonique. Il se montre en colère et interprétatif à l'égard de son employeur, de son chef et de l'assurance.

Durant l'entretien, des ruminations sont relatées, sans idée noire, idée passive de mort ou idéation suicidaire.

Le discours est cohérent, sans trouble formel de la pensée.

L'humeur paraît abaissée sans que l'on ne puisse parler d'une humeur dépressive. Monsieur évoque une diminution de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables. Le manque d'énergie et la fatigabilité relatés par Monsieur ne sont pas objectivés durant l'entretien.

La recherche pour un épisode dépressif, une anxiété, des attaques de panique, un état de stress post-traumatique, un trouble affectif bipolaire ou une psychose, est négative.

A relever le jour de l'expertise un taux sérique très bas de duloxétine ([...]) pour la dose prescrite, traduisant une compliance partielle et/ou un métabolisme lent. Le poids élevé de l'expertisé peut également contribuer à ce taux bas.

Des traits revendicateurs sont présents mais ils n'atteignent pas le seuil pour retenir un trouble de personnalité.

La co-experte retient un diagnostic de fibromyalgie ; celle-ci ne s'accompagne pas d'une comorbidité psychique, ni d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Monsieur fonctionne dans son quotidien et a des contacts réguliers avec son amie et les enfants de cette dernière ; il a des échanges fréquents par webcam avec sa famille.

Des ressources psychiques sont encore présentes et à Monsieur est manifestement en mesure de surmonter ses douleurs.

Des bénéfiques secondaires sont présents et permettent à Monsieur de mobiliser son entourage et d'éviter un rôle à jouer (absence de formation et non maîtrise de la langue française rendant difficile une reprise professionnelle).

On ne peut parler d'échec des traitements au vu de la faible dose de duloxétine et de l'absence d'antalgique depuis 2 mois.

En l'absence de détresse émotionnelle et de conflits psychosociaux majeurs, je ne retiens pas le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Au vu des plaintes, sans substrat organique, et de la démonstrativité de M. W._____, on peut admettre une amplification des symptômes ; ceci n'est pas reconnu comme diagnostic par la CIM-10. Il s'agit d'un comportement et non d'un trouble psychique.

En l'absence de trouble psychique, Monsieur ne présente pas de limitation et sa capacité de travail est entière. Toutefois le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle paraît mauvais, ceci pour des facteurs extra-médicaux.

3.3.4 DISCUSSION CONSENSUELLE ENTRE LES EXPERTS

M. W._____ présente une pleine exigibilité dans toute activité professionnelle n'exigeant pas de manière répétitive le port de charges de plus de 30-35 kg dans une position de porte-à-faux du rachis.

Sur le plan psychique, la capacité de travail est entière à ce jour.

4. DIAGNOSTICS

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail ?

Rachialgies non spécifiques M 54.9 sur troubles rachidiens mineurs associant :

- Une anomalie de transition lombo-sacrée avec néo-arthrose inter-transversaire gauche
- Des séquelles modérées d'ostéodystrophie de croissance
- Des discopathies étagées

- Des dysbalances musculaires étagées
Aucun diagnostic sur le plan psychique.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail ?

Fibromyalgie M 79.0

Obésité E 66.9

Status après érythème chronique migrant du tibia gauche traité en juin 2011

Aucun diagnostic sur le plan psychique.

[...]".

Par décision du 17 juillet 2014, R._____ a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 1^{er} novembre 2014, celles-ci étant versées à l'assuré à 100% jusqu'au 31 octobre 2014. La caisse-maladie a par ailleurs invité l'assuré à s'annoncer à l'AI, l'informant que cette assurance prévoyait des mesures de réadaptation professionnelle.

L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, s'est opposé à cette décision le 20 août 2014, complétant son acte le 27 octobre 2014. Il a conclu principalement à l'annulation de la décision et à la poursuite du versement des indemnités journalières postérieurement au 31 octobre 2014 et subsidiairement à ce qu'il soit procédé à une nouvelle expertise aux plans rhumatologique et psychiatrique par une clinique universitaire. D'un point de vue formel, l'assuré a fait grief à la caisse-maladie d'avoir violé son droit d'être entendu, au motif qu'il n'avait pas pu se prononcer sur le choix des experts, respectivement sur les questions à leur poser et qu'il n'avait pas pu prendre position sur l'expertise avant que la décision ne lui soit notifiée. Au fond, il était d'avis que l'expertise contenait de nombreuses inexactitudes et irrégularités de sorte qu'elle ne remplissait pas les réquisits jurisprudentiels permettant de lui conférer valeur probante. A cet égard, il a remis notamment en cause l'indépendance de l'interprète et fait valoir que cette dernière n'avait pas procédé à une traduction fidèle de ses propos lors de l'examen du 23 juin 2014. Il a reproché également aux expertes d'avoir retranscrit ses déclarations de manière incorrecte sur certains points ce qui témoignerait de légèreté de leur part et à le présenter de manière désavantageuse de façon à

relativiser la gravité et l'importance de ses troubles. Au plan psychiatrique, il a relevé que l'expertise était le seul document niant tout diagnostic médical à caractère incapacitant. A l'appui de son opposition, l'assuré a produit deux rapports adressés à son conseil, l'un par le Dr T._____, spécialiste en neurologie, du 15 septembre 2014, et l'autre par le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 17 septembre 2014, selon lequel l'assuré souffrait d'une réaction dépressive prolongée consécutive à l'atteinte physique (code F 43.21 selon CIM-10), précisant à cet égard ce qui suit :

" Troubles psychiques avec le diagnostic que j'ai établi, à mon avis, sont liés à des troubles de la personnalité en état de souffrance chez une personne malheureusement sans une formation scolaire, dont l'intégrité corporelle présentait une source énergétique, la dignité et au niveau des projets existentiels. Malheureusement, l'atteinte de son intégrité corporelle pour lui fatale atteint la dignité, mais également toutes les capacités de projeter l'avenir provoquant ainsi une réaction dépressive avec toute la symptomatologie qui entre dans les caractéristiques typiques de l'atteinte dépressive. Les manifestations observées lors de mes consultations présentent une diminution de l'estime de soi, des idées de culpabilisation et dévalorisation, trouble de l'appétit, problèmes de sommeil. A ces symptômes, à ajouter : la crainte de devenir invalide, de ne plus retrouver ses capacités physiques indispensables pour lui pour toutes sortes d'activités lucratives. Il n'est pas négligeable non plus d'ajouter des difficultés liées à l'acculturation code Z 60.3 qui aggravent et qui atteignent toutes ses capacités dans le domaine de l'adaptation, partie intégrante de ses défenses naturelles.

4. Depuis quelle date ?

La date, pour moi, est difficile à évaluer, mais vu la situation psychosomatique depuis le début de la symptomatologie douloureuse évolue malheureusement d'une manière défavorable.

5. Quelle serait la capacité de travail du patient dans le cadre d'une activité adaptée? Quelle serait l'activité adaptée aux troubles psychiques constatés?

Tout d'abord, il me semble très difficile pour moi de retenir qu'est-ce que c'est une activité adaptée dans la situation de M. W._____, vu qu'en dehors du travail physique qu'il a exercé jusqu'à l'atteinte mentionnée, aucune formation en l'absence de la scolarisation n'a été pratiquée ni praticable.

6. Quelle pourra être l'évolution des troubles en question à plus long terme ?

La structure de la personnalité fragile avec des défenses insuffisantes ne permettant pas au patient de trouver une voie de sublimation dans le sens d'une valorisation et avec des problèmes annexes dans le domaine d'acculturation, sur le plan psychologique l'évolution reste, à mon avis, incertaine à condition que la problématique des douleurs situées au niveau de la colonne vertébrale ne soit pas résolue.

7. Selon vous, comment comprendre que l'expert psychiatrique ait exclu tout trouble psychique ayant une influence sur la capacité de travail du patient ?

J'estime que l'expert psychiatre a exclu avec raison des troubles les plus graves dans la psychiatrie tels que : schizophrénie et des troubles bipolaires, mais la souffrance de M. W._____ touche les secteurs aussi handicapants dont on n'a pas tenu compte ".

Par décision sur opposition du 24 novembre 2014, R._____ a confirmé sa décision du 17 juillet 2014. En substance, elle a considéré n'avoir pas violé le droit d'être entendu de l'opposant, puisqu'elle l'avait convoqué le 7 mai 2014 à se présenter au S._____ pour qu'une expertise soit effectuée, avec mention du nom des expertes et rappelant que le questionnaire à leur soumettre était annexé ; R._____ a encore rappelé qu'un délai au 21 mai 2014 avait été accordé à l'assuré pour se déterminer à cet égard. Sur le fond, R._____ a estimé que même s'il y avait lieu d'admettre les irrégularités relevées par l'assuré dans son opposition à l'encontre de l'expertise, celles-ci étaient d'importance minime, même prises dans leur ensemble, de sorte qu'elles n'avaient pas d'impact sur les conclusions des expertes et qu'au surplus, l'expertise remplissait tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder valeur probante.

C. Par acte du 9 janvier 2015, W._____, représenté par Me David Métille, a recouru contre la décision sur opposition du 24 novembre 2014, devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de la poursuite du versement des indemnités journalières postérieurement au 31 octobre 2014, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour réalisation d'une nouvelle expertise aux plans rhumatologique et psychiatrique. Dans un premier moyen, le recourant fait valoir que son droit d'être entendu a été violé, dans la mesure où il n'a pas été informé explicitement de sa possibilité de discuter du choix des experts et de leur adresser son propre questionnaire, ce également en violation de l'art. 27 LPGA, rappelant qu'il n'était alors pas assisté d'un mandataire professionnel. De plus, il déplore n'avoir pas eu la possibilité de prendre connaissance du rapport d'expertise ni de prendre position à

ce propos avant que la décision du 17 juillet 2014 ne lui soit notifiée. Sur le fond, le recourant soutient que le rapport d'expertise du S. _____ n'est pas probant, dans la mesure où les expertes manquent selon lui d'impartialité et d'indépendance, en tant notamment qu'elles n'ont pas rapporté correctement ses propos. Il est également d'avis que ses propos et les faits ont été " constamment " déformés à son détriment. En outre, le recourant est d'avis qu'il serait de notoriété publique que les Dresses V. _____ et H. _____ " ont exclusivement été actives en tant que médecins-conseils au service des différentes assurances sociales et privées, à l'exclusion des assurés ". Il fait également valoir que le rapport du S. _____ est le seul document niant tout diagnostic médical à caractère incapacitant, à tout le moins sur le plan psychique, estimant dès lors et vu les critiques formulées à l'encontre du rapport d'expertise, qu'il n'existe aucun motif de préférer l'expertise du S. _____ à l'appréciation des autres médecins. Avec son écriture, le recourant produit un rapport du 16 décembre 2014 du Dr Z. _____, selon lequel l'évolution de son état de santé psychologique est défavorable, l'état dépressif s'aggravant et se situant entre moyen et sévère. En plus des symptômes déjà décrits le 17 septembre 2014, le Dr Z. _____ rapporte " l'apparition d'idées noires et de désespoir par rapport à son état de santé et des doutes de guérir de ses atteintes somatiques, ce qui a déclenché toute la symptomatologie qui persiste et l'handicape par rapport à ses capacités lucratives, mais également dans le domaine de sa vie quotidienne ". Il a également écrit qu'il restait " perplexe par rapport aux capacités de récupération [de l'assuré] malgré la prise en charge régulière sous forme de psychothérapie de soutien avec la médication appropriée ".

Le 22 janvier 2015, le recourant a adressé à la Cour de céans un rapport du Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie du 14 octobre 2014, adressé au Dr T. _____, le premier diagnostiquant des lombosciatalgies L5-S1 gauche et un syndrome fémoro-patellaire partiellement décompensé du genou gauche. Le Dr X. _____ a indiqué que le bilan par IRM n'avait pas mis en évidence de lésion méniscale ni d'œdème osseux.

Le recourant a également joint un rapport du Dr T._____ du 19 janvier 2015 qui a rappelé qu'il souffrait de lombo-sciatalgies unilatérales gauches en L5-S1, motrices et sensitives, déficitaires, évoluant depuis mai 2013 sur une discopathie lombo-dégénérative pluriétagée et protrusion discale L4-L5 documentée à l'IRM lombaire du 9 juillet 2014. Vu l'absence d'évolution tant subjective qu'objective sous traitement conservateur classique et suite à une infiltration périurale, le neurologue avait décidé d'adresser l'assuré au centre spécialisé de vertébrologie clinique à [...], où le patient devait se rendre prochainement pour des séances d'extension cervicale et lombo-sacrée, couplées à des exercices de tonification musculaire, afin de réduire l'œdème intervertébral et la compression sur les racines nerveuses. Le Dr T._____ précisait encore que l'assuré était totalement incapable de travailler du 4 juillet 2014 jusqu'à la fin de ce traitement et qu'en cas d'échec de ce dernier, il devrait s'annoncer à l'AI pour des mesures professionnelles.

Dans sa réponse du 13 février 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours et maintenu sa position. Elle se défend d'avoir violé le droit d'être entendu du recourant vu que son courrier du 7 mai 2014 mentionnait le nom des expertes et le questionnaire qui leur a été soumis, arguant en outre que le recourant ne fait valoir aucun motif de récusation formel ou matériel à l'encontre des expertes du S._____. Au fond, l'intimée est d'avis que les inexactitudes dont le recourant fait mention sont d'importance mineure, même prises dans leur ensemble et qu'en tout état de cause, il ne saurait revenir après coup sur les déclarations qu'il a émises le jour de l'expertise. Par ailleurs, l'intimée expose que les rapports des Drs Z._____ et T._____ n'apportent pas d'éléments nouveaux qui mettraient en doute les conclusions de l'expertise, d'autant plus que ces rapports ne se prononcent pas sur la capacité de travail du recourant, notamment dans une activité adaptée. L'intimée conclut par ailleurs à l'octroi de dépens pour témérité du recours.

En réplique, le 15 juillet 2015, le recourant a maintenu que son droit d'être entendu avait été violé, ajoutant que la procédure mise en

place par l'ATF 137 V 210 n'avait pas été respectée, la décision sur opposition devant en conséquence être annulée et une nouvelle expertise médicale mise en oeuvre. Il a pour le surplus répété qu'à ses yeux, l'expertise du S._____ n'était pas probante, se plaignant en particulier de la durée de l'examen psychiatrique (1 heure 45) qu'il juge insuffisante, se référant aux "lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques dans le domaine de l'assurance-invalidité" de la Société suisse de psychiatrie d'assurance (SSPA). Il se réfère en outre à un rapport d'examen du 25 juin 2015 du Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qu'il produit, selon lequel il présente un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F 33.2 de la CIM-10), le médecin confirmant que l'intéressé est suivi régulièrement par le Dr Z._____ et qu'il prend du [...] 30 mg par jour. Le Dr M._____ a en outre répondu de la manière suivante aux questions de l'avocat du recourant :

4. [...] estimez-vous que le patient présente des troubles psychiques importants avec influence sur la capacité de travail ? Dans l'affirmative, pour quels motifs ?

Comme mentionné auparavant, nous estimons que Monsieur W._____ présente, en plus du pronostic des affections somatiques défavorable, des troubles psychiques. Il n'a aucune formation scolaire et ainsi ne peut compter que sur son intégrité corporelle pour ses projets professionnels.

La non-reconnaissance de sa maladie de la part de son employeur, crée chez Monsieur W._____ un sentiment d'injustice et de révolte. Dans le contexte de succession d'événements de vie traumatiques, il a développé une symptomatologie dépressive qui dure probablement depuis plusieurs années. Sa dépression se manifeste par des troubles du sommeil, une fatigabilité, une perte d'énergie, une aboulie, une tristesse, des pleurs, une anxiété, une irritabilité, une perte de confiance en soi et un sentiment de dévalorisation, de culpabilité et de détresse.

Des plaintes somatiques multiples sont associées à cette symptomatologie. Les troubles dépressifs sont sévères mais en l'absence de symptômes psychotiques, une évolution favorable peut être espérée avec un travail psychiatrique et psychothérapeutique régulier. Toutefois, en raison de la sévérité et de la longue durée de ces troubles ainsi que des graves comorbidités somatiques, l'évolution risque d'être laborieuse.

5. Depuis quelle date ? Quelle a été l'évolution des troubles en question depuis le début de l'incapacité de travail ?

Comme nous l'avons mentionné plus haut, il nous est difficile de déterminer une date. Cependant, cette symptomatologie dure

probablement depuis plusieurs années. L'évolution des troubles est défavorable depuis le début de l'incapacité de travail.

6. Quelle serait la capacité de travail du patient dans le cadre d'une activité adaptée ? Quelle serait l'activité adaptée aux troubles psychiques constatés ?

Actuellement, une activité adaptée n'est pas envisageable en raison de la sévérité de la symptomatologie dépressive de Monsieur W._____. Toutefois, il est indiqué de poursuivre le traitement psychiatrique et psychothérapeutique, bien que l'évolution reste incertaine au vu que la problématique somatique étant encore non résolue.

7. En admettant qu'une capacité de travail adaptée puisse être admise, quelle serait la résistance au stress du patient ?

Au vu de la sévérité et de la longue durée des troubles dépressifs ainsi que des comorbidités somatiques de Monsieur W._____, on ne peut pas envisager d'activité professionnelle adaptée.

8. Quelle pourra être l'évolution des troubles en question à plus long terme ?

Une évolution positive des troubles à plus long terme est actuellement difficile à prévoir.

9. Selon vous, comment comprendre que l'expert psychiatre ait exclu tout trouble psychique ayant une influence sur la capacité de travail du patient ?

L'expert psychiatre exclut avec raison des affections psychiatriques comme un trouble affectif bipolaire ou une psychose, mais il n'a pas tenu compte de la problématique thymique de l'expertisé, cela peut-être en raison du fait que l'entretien s'est passé par l'intermédiaire d'un interprète. En effet, Monsieur W._____ présente une humeur dépressive, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une augmentation de la fatigabilité, une diminution de l'estime de soi, des idées de culpabilité et de dévalorisation, une attitude pessimiste face à l'avenir, des idées suicidaires et une perturbation du sommeil. Les troubles constatés entraînent des limitations physiques (plaintes somatiques multiples), psychiques (troubles du sommeil, fatigue, aboulie, perte d'énergie, tristesse, pleurs, anxiété, irritabilité, perte de confiance en soi, sentiment de dévalorisation, de culpabilité, de détresse) et sociales (aide et sollicitude accrue de son entourage et des médecins).

Actuellement, la problématique dépressive s'est aggravée et le pronostic reste réservé quant à la récupération de la capacité de travail du patient ".

Le recourant estime que ce rapport met à mal celui du S._____, et relève que le Dr M._____ a pu s'entretenir directement avec lui, sans passer par un interprète. En sus du rapport précité du Dr M._____, le recourant a produit avec son écriture un rapport de CT-Scan lombaire et infiltration foraminale gauche L4-L5 et L5-S1 du 23 avril 2015 du Dr [...], spécialiste en radiologie, selon lequel la procédure s'était déroulée sans complication, ainsi qu'une attestation de ce médecin du 22

mai 2015, selon laquelle il n'avait pas pu se soumettre à l'examen prévu (myélo-CT) car il avait fait un malaise vagal.

Par duplique du 2 septembre 2015, l'intimée a de nouveau conclu au rejet du recours.

Dans d'ultimes déterminations du 24 septembre 2015, le recourant a repris ses arguments et maintenu qu'il n'existait aucun motif de s'écarter du diagnostic d'état dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) posé par le Dr M. _____ le 25 juin 2015.

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 en temps utile, compte tenu des fêtes de Noël (art. 38 al. 4 let. c et 60 LPGA) ; 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. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit ou non à la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 31 octobre 2014, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

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 par R. _____ alors qu'il travaillait pour le compte de N. _____ en qualité d'employé de nettoiyages.

4. 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 [éditeur], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV Soziale Sicherheit [SBVR], 3^{ème} édition, 2016, n° 1457 p. 840).

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. 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).

5. En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des

examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (cf. TF 8C_585/2013 du 15 septembre 2014 consid. 4). Cela étant, 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; cf. Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère en effet que le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration ou par le juge, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de ces derniers afin de les éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b et les références ; cf. TF 8C_658/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1). Pour remettre en cause la

valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; cf. également TF 9C_91/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.2 ; cf. TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 précité, loc. cit., avec la jurisprudence citée). Une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. Le juge est donc tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou l'assureur social (ATF 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_658/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1).

6. Dans un premier moyen, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, dans la mesure où il n'a pas été interpellé sur le choix des experts et sur les questions à leur soumettre.

a) Consacré aux art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et 42 LPGa, le droit d'être entendu comprend notamment le droit de toute partie de prendre connaissance du dossier et de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision soit prise touchant sa situation juridique (ATF 136 I 265 consid. 3.2 ; ATF 135 II 286 consid. 5.1). Il comprend également le droit de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer le sort de la décision, d'avoir accès au dossier, enfin de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 136 V 351 consid. 4.4 ; ATF 132 V 368 consid. 3.1 ; TF 9C_705/2009 du 21 décembre 2009 consid. 1.2.2 ; TFA I 507/2003 du 15 janvier 2004 consid. 2.2 et les références). Par exception au principe de la nature formelle du droit d'être entendu, une violation de ce dernier est considérée comme réparée lorsque la partie lésée jouit de la

possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 133 I 201 consid. 2.2 ; ATF 129 I 129 consid. 2.2.3 ; TF 8C_104/2010 du 20 septembre 2010 consid. 3.2). La réparation de la violation du droit d'être entendu doit toutefois rester l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF 1C_104/2010 du 29 avril 2010 consid. 2.1) et n'est admissible que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de l'assuré (ATF 124 V 180 consid. 4b ; TF 1C_104/2010 précité). Néanmoins, même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimé, ni de l'assuré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 136 V 117 consid. 4.2.2.2 ; ATF 133 I 201 consid. 2.2).

Selon le Tribunal fédéral (ATF 137 V 210), une décision doit être rendue chaque fois qu'est prise une disposition qui est propre à toucher les droits de procédure de l'assuré, la mise en oeuvre de l'expertise ne pouvant intervenir selon la procédure simplifiée prévue à l'art. 51 al. 1 LPGA (consid. 3.4.2.8). Il convient par ailleurs de reconnaître à l'assuré le droit de s'exprimer préalablement sur les questions relatives aux experts, l'OAI (respectivement l'autorité de décision) devant lui soumettre, au moment de la décision ordonnant l'expertise, la liste des questions qu'il prévoit de soumettre à l'expert pour lui permettre de prendre position, respectivement de formuler des questions d'une manière appropriée au cas d'espèce (consid. 3.4.2.9).

b) aa) En l'espèce, le recourant se plaint du fait que l'intimée a désigné les experts sans le concerter préalablement. Or dans l'arrêt AI 143/12, rendu en application de l'art. 38 ROTC (règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007 ; RSV 173.31.1), les membres de la cour de céans ont exprimé l'avis que, sur la base de l'ATF 137 V 210, l'absence de recherche de concertation ou de consensus dans le

processus de désignation de l'expert n'est pas en soi un droit justiciable, respectivement que seule peut être sanctionnée juridiquement la violation des droits de participation tels que prévus à l'art. 44 LPGA. Selon cette dernière disposition, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. La Cour de céans est d'avis qu'une personne assurée, non seulement ne dispose pas d'un droit de veto quant au choix d'un expert, mais ne saurait alléguer l'absence de concertation de la part de l'assureur pour requérir, au titre d'un droit de participation à la procédure, un renvoi de l'affaire dans le but d'une désignation consensuelle de l'expert. Le recourant s'est vu impartir un délai par l'intimée pour formuler des objections à la suite de l'envoi de la convocation à l'expertise du 7 mai 2014. Il n'a toutefois pas réagi et s'est soumis de son plein gré à l'expertise. Dans ces conditions, il y a lieu de considérer qu'il a compris les termes du courrier précité et sa possibilité de formuler des objections quant au choix des experts, quand bien même il n'était pas assisté par un avocat à ce stade de la procédure.

Pour le surplus, le recourant n'indique pas en quoi le questionnaire que l'intimée a soumis aux expertes serait incomplet, plus exactement quelles questions auraient encore dû être posées. Son argumentation consiste essentiellement à invoquer l'ATF 137 V 210 et à constater que son droit de participation n'a pas été respecté. Il n'a jamais été question des conséquences négatives que la violation de ce droit aurait concrètement entraînées. Fait donc défaut la démonstration du caractère de gravité de la violation de son droit de participation sur ce point. Quoi qu'il en soit, cette violation ne saurait a priori être qualifiée de grave dans la mesure où l'assuré, assisté d'un mandataire au stade de l'opposition, aurait eu l'opportunité de requérir dans son opposition que soient posées des questions complémentaires aux expertes, ce qu'il n'a pas fait.

bb) Le recourant se plaint également de n'avoir pas eu connaissance du rapport d'expertise avant que la décision du 17 juillet 2014 ne soit rendue.

A cet égard, il y a lieu de considérer que ce vice est réparé étant donné que l'assuré a pu s'exprimer et fournir des contre-preuves à l'égard de l'expertise des Dresses V._____ et H._____ tant dans la procédure d'opposition que devant la Cour de céans qui jouit d'un plein pouvoir d'examen, dans son recours, en réplique et dans le cadre d'ultimes déterminations.

Le moyen tiré de la violation du droit d'être entendu doit donc être écarté.

c) Le recourant se prévaut également d'une violation du devoir de renseigner de l'intimée au sens de l'art. 27 LPGA. Selon lui, la caisse, connaissant notamment ses difficultés avec la langue française, devait le renseigner sur le contenu de son droit d'être entendu, en particulier ses possibilités de discuter du choix des experts et d'adresser son propre questionnaire.

Selon l'art. 27 LPGA, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2).

Tandis que l'al. 1 de cette disposition pose une obligation générale et permanente de renseigner, indépendante de la formulation d'une demande par les personnes intéressées - obligation de renseigner qui sera satisfaite par le biais de brochures, fiches, instructions, etc. -, l'al. 2 prévoit un droit individuel d'être conseillé par les assureurs compétents (ATF 131 V 472 consid. 4.1). Le devoir de conseil de l'assureur social au

sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne ayant besoin de conseils doit savoir pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique ; son contenu dépend de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (cf. ATF 131 V 472 consid. 4 ; TF 9C_97/2009 du 14 octobre 2009 consid. 2.2).

Lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, le défaut de renseignement est assimilé à une déclaration erronée de sa part qui peut, à certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, ceci en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101) (ATF 131 V 472 consid. 5). Parmi les conditions posées par la jurisprudence (cf. ATF 131 II 627 consid. 6.1, TF 9C_97/2009 précité consid. 2.2), il faut que l'absence de renseignement ou de conseil ait conduit l'assuré à adopter un comportement préjudiciable (cf. TF 8C_406/2010 du 18 mai 2011 consid. 5.3 et la référence, TF 9C_97/2009 précité consid. 2.2).

En l'occurrence, l'assureur-maladie a informé l'assuré dans sa lettre du 7 mai 2014 qu'il avait la possibilité de formuler des objections à l'encontre de la désignation des experts notamment ; de plus le questionnaire d'expertise lui a été transmis dans ce même courrier, ce qui lui donnait la possibilité de le contester, respectivement d'indiquer à l'assureur-maladie des questions complémentaires. Dès lors, vu les circonstances d'espèce, l'assureur-maladie n'a pas violé son devoir de renseigner issu de l'art. 27 al. 2 LPGA. Même si l'assureur-maladie savait que l'assuré ne parlait pas couramment le français, il appartenait à ce

dernier de prendre les dispositions nécessaires pour saisir le contenu de ce courrier, ce qu'il a sans doute fait, vu qu'il s'est rendu sans faute à l'examen du 23 juin 2014 auprès du S._____.

Cela étant, à supposer qu'il appartenait à l'intimée de renseigner plus précisément l'assuré, il faudrait encore, pour que ce dernier puisse bénéficier de la protection de la bonne foi, qu'il existe un lien entre le défaut de renseignement de l'intimée et un comportement du recourant préjudiciable à ses intérêts. Le recourant n'allègue pourtant pas avoir subi de préjudice. Les conditions auxquelles il peut se prévaloir de son droit à la protection de la bonne foi en relation avec une violation du devoir de conseils de l'assureur social ne sont donc pas réalisées en l'espèce.

7. Sur le fond, le recourant soutient que le rapport d'expertise du S._____ ne peut se voir accorder pleine valeur probante, au motif notamment qu'il contient à son avis nombre d'inexactitudes et s'inscrit en contradiction avec les appréciations faites par les autres médecins, en particulier au plan psychiatrique.

a) En ce qui concerne les imprécisions relevées par le recourant dans le rapport d'expertise, il convient de considérer ce qui suit.

D'une part, même si les expertes ont noté en page 4 de leur rapport que l'assuré s'était retrouvé en incapacité totale de travail depuis septembre 2013, elles ont correctement écrit en page 10 (anamnèse somatique) et 14 (anamnèse psychiatrique) que l'arrêt de travail de septembre 2013 n'avait duré que quelques jours et que l'incapacité de travail de longue durée, sans reprise, avait commencé le 25 octobre 2013 (expertise p. 14). Quant à la question de savoir quel est le statut de droit des étrangers de l'assuré, elle n'apparaît pas d'une importance déterminante pour l'évaluation de la capacité de travail de ce dernier dans le cadre de l'expertise. De plus, on ne saurait déduire, comme le fait l'assuré, de phrases retirées de leur contexte, que les expertes donnent l'impression diffuse qu'il serait venu en Suisse pour obtenir l'un ou l'autre

bénéfice sur le plan économique et chercheraient ainsi à le dévaloriser. Il s'agit là d'extrapolations infondées de la part du recourant. Quant à sa critique sur l'indication des expertes en page 12 - qu'il ne cite qu'en partie - là encore, on ne peut considérer qu'elle dénote une forme de déni de mauvaise foi de la part des expertes ou qu'il s'agit d'une remarque péjorative, dès lors que celles-ci ont seulement relevé que malgré l'arrêt de travail et le repos que cela pouvait procurer au recourant, sa symptomatologie douloureuse s'est aggravée. Il s'agit là d'une appréciation médicale et non d'un jugement de valeur. La question de savoir si le recourant a des contacts téléphoniques réguliers avec ses frère et sœur comme l'ont relevé les expertes (expertise p. 13), ou seulement lors d'évènements et de fêtes familiales selon les explications de l'assuré dans sa réponse, n'apparaît pas d'une importance déterminante dans le cadre de l'expertise ; au surplus, il n'y a pas de contradiction flagrante entre ces deux affirmations. Il en va de même quant à la question de savoir si l'assuré a exercé le métier d' "aide" ou d'" ouvrier " agricole (cf. acte de recours p. 14). Au demeurant, il convient de rappeler que selon la jurisprudence constante du tribunal fédéral, en cas de déclarations successives contradictoires de l'assuré, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_788/2012 du 17 juillet 2013 consid. 4). En outre, le recourant fait une interprétation exagérée de l'usage par l'experte du conditionnel en page 15 de l'expertise dans la phrase " il n'aurait plus de contact avec ces derniers [note réd.: ses amis] ". On ne saurait y voir de la défiance de la part de l'experte. Il apparaît également que le recourant exagère les conséquences de l'appréciation de l'experte somaticienne lorsque celle-ci relève qu'il est en " excellent état général apparent ", ce qui par ailleurs est corroboré par les observations du Dr F. _____ en février 2014, qui constatait que l'assuré avait une bonne présentation générale. Il n'est au surplus pas déterminant de savoir quelles chaussures portait le recourant lors de l'expertise. Le grief du recourant relatif à une phrase en page 25 de l'expertise tombe également à faux, dans la mesure où les expertes ont

correctement relaté les faits en notant que les médecins de [...] ont maintenu l'arrêt de travail au-delà du délai posé par le Dr B. _____ qui avait conclu à une capacité de travail entière dès le 15 mars 2014, sous réserve d'une consultation prévue à [...], chez les Drs [...] et G. _____ (cf. rapports des 9 mars 2014 et 14 avril 2014).

Vu ce qui précède, le rapport d'expertise ne contient pas d'inexactitudes ou d'imprécisions importantes, portant sur des éléments déterminants pour l'appréciation de la capacité de travail du recourant, qui seraient de nature à invalider ce rapport. On ne saurait non plus retenir que les expertes ont constamment déformé les faits et propos de l'expertisé à son détriment ou qu'il n'y aurait dans ce rapport aucun élément avantageux en sa faveur en vue de tendre au maintien d'une incapacité de travail. A cet égard, on rappellera que la tâche de l'expert n'est pas de prendre parti pour ou contre l'assuré, mais de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de l'administration ou du juge afin de les éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b précité ; TF 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013 consid. 4), en se basant sur une description objective de cet état de fait. Enfin, le recourant est d'avis que le rapport des expertes du S. _____ n'est pas objectif, au motif que les Desses V. _____ et H. _____ seraient exclusivement actives comme médecins-conseil des assureurs sociaux et privés au détriment des assurés. Or ce grief tombe à faux, dès lors que de jurisprudence constante, le fait qu'un médecin ou un Centre d'observation médicales de l'assurance-invalidité (COMAI) se voit confier régulièrement des mandats d'expertise par un assureur social n'est pas un motif suffisant pour fonder un manque d'objectivité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 p. 226 sv et les références).

b) Il apparaît au surplus que le rapport d'expertise du S. _____ remplit les requisites jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante. En effet, le rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, se fonde sur un des examens cliniques de l'expertisé aux plans somatique et psychiatrique, les expertes

ayant pris en compte les plaintes de l'assuré et procédé à une description et une appréciation claires du contexte médical.

aa) En particulier, au plan somatique, la Dresse V._____ a rappelé que la symptomatologie avait débuté en septembre 2013, l'assuré ayant ressenti des douleurs fessières gauches alors qu'il travaillait sur une échelle et qu'il présentait de longue date une douleur lombaire récurrente ; par la suite, après avoir tenté sans succès de reprendre le travail, les douleurs n'ont fait qu'empirer, s'associant à des sensations de fourmillement des membres inférieurs prédominant à gauche et à des douleurs cervicales et de la ceinture scapulaire prédominant à droite, malgré l'absence d'exposition à des facteurs mécaniques délétères. Au terme de son examen clinique et sur la base du dossier radiologique, la Dresse V._____ a posé le diagnostic de rachialgies non spécifiques (M 54.9) sur troubles rachidiens mineurs, associant des séquelles modérées d'ostéodystrophie de croissance (n'expliquant pas les douleurs décrites par l'expertisé), une anomalie de transition lombosacrée avec une néoarthrose inter-transversaire gauche et des discopathies étagées, sans signe neurologique. L'experte rhumatologue a précisé que les anomalies du rachis étaient mineures et bénignes et que l'expertisé, qui gardait par ailleurs un bon état général apparent et une musculature relativement athlétique au niveau des bras et des jambes, décrivait un état douloureux qui dépassait les constatations anatomiques. L'experte a en effet précisé que ce point avait été discuté avec la co-experte psychiatre et qu'en outre, dans le cadre du diagnostic différentiel, elle n'avait pas retenu de critère pour un rhumatisme inflammatoire, ni pour une maladie osseuse infiltrative, une maladie neuromusculaire, des douleurs neuropathiques ou une algodystrophie. La Dresse V._____ a estimé que vu le cumul des atteintes rachidiennes et le processus de vieillissement, il se justifiait que l'assuré ne porte plus de charges dépassant 30-35 kg de manière répétitive et que tout travail respectant ces limitations était exigible à plein temps. Elle a encore précisé qu'elle l'avait encouragé à marcher progressivement sur de plus longues distances et reprendre le chemin d'une activité professionnelle. L'experte a enfin mis en évidence une

importante kinésiophobie ainsi que des signes d'amplification et de discordance.

On relèvera que l'analyse de la situation et la capacité de travail au plan somatique telle qu'elle ressort de l'expertise emporte conviction d'autant plus qu'elle n'entre pas en contradiction avec l'appréciation des autres médecins somaticiens qui ont examiné l'assuré avant la réalisation de l'expertise. En effet, le Dr B. _____ avait conclu à une capacité totale de travail dès mars 2014, sous réserve toutefois d'une consultation chez les Drs [...] et G. _____, à [...]. Or, dans son rapport du 14 avril 2014, la Dresse G. _____ a conclu à l'existence d'une légère limitation fonctionnelle au niveau du rachis, orientant l'assuré vers un groupe de rééducation du rachis et prolongeant l'arrêt de travail jusqu'au 12 mai, principalement pour des motifs psychologiques. Dans son rapport du 16 juin 2014, le Dr [...] a estimé que l'assuré devait poursuivre le reconditionnement physique, mais que sur le plan professionnel, c'était les facteurs psychiques, et non physiques, qui étaient limitatifs. Quant au rapport du Dr [...] du 19 janvier 2015 produit par le recourant, il ne pose pas de diagnostic différent de ceux ressortant de l'expertise, ni d'aggravation de la situation, décrivant une situation stationnaire. Il ne contient ainsi pas d'élément objectif mettant en cause les conclusions de l'expertise quant à la capacité de travail au plan somatique.

bb) Au plan psychiatrique, l'experte H. _____ a considéré, vu son examen clinique, qu'aucun diagnostic ne pouvait être posé et que la capacité de travail de l'assuré était entière. A cet égard, elle a pris acte du diagnostic posé par le Dr F. _____ dans ses rapports des 22 février et 8 juin 2014, à savoir un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive faisant suite à ses lombalgies et au conflit professionnel, et du fait que l'assuré prenait un antidépresseur. L'experte a relevé que l'humeur de l'assuré était abaissée, mais que l'on ne pouvait toutefois pas parler d'une humeur dépressive, le manque d'énergie et la fatigabilité rapportés par l'intéressé n'étant pas objectivés durant l'entretien et ce dernier ne présentant pas d'idée noire, d'idée passive de mort ou d'idéation suicidaire. Elle a relevé que le problème majeur qui subsistait

étaient les multiples revendications de l'expertisé à l'encontre de l'employeur, de son chef et de l'assurance.

L'évaluation de la capacité de travail au plan psychique par l'experte est convaincante, dès lors qu'elle repose sur un examen clinique de l'assuré et une anamnèse détaillée. En ce qui concerne la durée de l'examen, que le recourant estime trop courte (1 heure 45), il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère qu'un entretien de courte durée entre l'expert et l'expertisé n'exclut pas une étude fouillée et complète du cas (TF 9C_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3 ; TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6). En outre, la Haute Cour a précisé que la force probante d'une expertise psychiatrique doit être tranchée à la lumière des critères posés par la jurisprudence et non en fonction des lignes directrices de la SSPA, lesquelles n'ont que le caractère de recommandations et non celui d'une norme légale contraignante (TF 9C_538/2015 du 25 février 2016 consid. 5.2 ; TF 8C_945/2009 du 23 septembre 2010 consid. 5 et les arrêts cités). S'agissant de la divergence de diagnostic avec le Dr F._____, celle-ci ne prête pas à conséquence, dès lors que ce médecin n'a pas attesté d'incapacité de travail au plan psychiatrique. Dans son rapport du 22 février 2014, il a même fait état d'un pronostic plutôt favorable, expliquant que l'on pouvait s'attendre à une reprise d'une activité professionnelle à 100% à une date à déterminer.

Quant aux rapports des 17 septembre et du 16 décembre 2014 du Dr Z._____, leur force probante est relative. D'une part, ils ont été rédigés sur demande du conseil du recourant, suite au refus des prestations. D'autre part, ils contiennent peu de précisions quant à l'intensité et la fréquence des symptômes décrits. De plus, le Dr Z._____ ne se prononce pas clairement sur l'incapacité de travail, mettant surtout en évidence des difficultés psychosociales qui rendraient difficiles une réadaptation (problèmes d'acculturation, pas de formation professionnelle possible en l'absence de scolarisation). Or, l'assuré a été scolarisé huit ans (cf. rapport d'expertise du S._____), jusqu'à ses 16 ans, de sorte que l'on ne saurait parler d'une absence de scolarisation. En outre, on rappellera

que s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires, qui à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité ou de l'incapacité de travail, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.2 et les références citées). Enfin, les mêmes remarques valent pour le rapport du 25 juin 2015 du Dr M._____. Ce médecin n'a en effet pas procédé à une description précise quant à la fréquence et l'intensité des symptômes qu'il atteste et met en évidence des facteurs psychosociaux, en particulier le fait que l'assuré n'a pas reçu de formation scolaire. Au demeurant, on relèvera que l'aggravation décrite dans les rapports du Dr Z._____ du 16 décembre 2014 et du Dr M._____ précité concernent une période postérieure à la décision sur opposition du 24 novembre 2014, de sorte qu'elle ne permet pas de remettre en cause cette décision (cf. ATF 121 V 362 consid. 1b).

En définitive, les rapports des Drs Z._____ et M._____ ne contiennent pas d'éléments suffisamment objectifs et pertinents pour remettre en cause l'appréciation de l'experte H._____, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre un complément d'instruction au plan psychiatrique.

8. Les expertes du S._____ sont d'avis que l'assuré souffre de fibromyalgie, sans influence sur sa capacité de travail. Même si le recourant conteste ce diagnostic (réplique p. 11), il convient, vu la nouvelle jurisprudence rendue en la matière par le Tribunal fédéral (cf. ci-après) de constater d'office ce qui suit.

a) aa) L'appréciation d'une incapacité de travail dans un contexte de plaintes douloureuses sans atteinte organique objectivable, telle que la fibromyalgie ou le trouble somatoforme douloureux, a fait

l'objet de lignes directrices du Tribunal fédéral, qui ont été revues récemment.

Selon la jurisprudence applicable à l'époque où l'expertise du S._____ a été réalisée, une telle atteinte était présumée ne pas entraîner d'incapacité de travail durable. Il existait en effet une présomption que ces atteintes, ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Notre Haute Cour avait toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et avait établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (« critères de Foerster »).

Parmi ces critères, on devait retenir, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Pouvait constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2 ; 130 V 352 consid. 3.3.1). Au sein des autres critères déterminants, devaient être considérés comme pertinents, des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupaient pas avec le trouble somatoforme douloureux), un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3).

Plus ces critères se manifestaient et imprégnaient les constatations médicales, moins on admettait l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 arrêt du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et réf. cit.). Enfin, on concluait à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux

prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; ATF 131 V 49).

bb) Dans un arrêt 9C_492/2014 du 3 juin 2015, publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu la jurisprudence mentionnée ci-avant et a abandonné la présomption selon laquelle un assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'un autre syndrome douloureux sans cause organique objectivable conserve une pleine capacité de travail. Le Tribunal fédéral rappelle toutefois qu'en l'absence de preuve d'une incapacité de travail causée par une atteinte à la santé, le droit à des prestations de l'assurance-invalidité ne peut être reconnu.

La preuve d'une telle atteinte à la santé, sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux, suppose d'abord que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à divers motifs d'exclusion. Ainsi n'existe-t-il en principe aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement

psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées (cf. art. 7 al. 2 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 cité, consid. 2).

cc) Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4).

Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il sera également tenu compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (cf. art. ATF 141 V 281 cité, consid. 4.3 et réf. cit.).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprendra également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 cité, consid. 4.4 et réf. cit.).

dd) Les expertises administratives ou judiciaires déjà rendues ou en cours d'élaboration au moment où la nouvelle jurisprudence sur les pathologies sans étiologie claire ni constat de déficit organique a été rendue ne perdent pas d'emblée leur validité. Il faut bien plutôt examiner si, dans le cadre d'un examen global et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, on peut procéder à l'analyse selon les nouvelles règles (ATF 141 V 281 consid. 8 ; cf. ANNE-SYLVE DUPONT, Le trouble somatoforme : un peu plus douloureux?, in : Plaidoyer 1/16, pp. 20 ss, p. 23).

b) En l'occurrence, les expertes ont relevé la présence de signes d'amplification des symptômes et des signes de discordances, de sorte que l'on peut se demander si le diagnostic de fibromyalgie peut être

retenu vu la nouvelle jurisprudence, d'autant plus que l'experte H. _____ a exclu la présence d'un trouble somatoforme douloureux (expertise p. 30) et que le recourant conteste souffrir de fibromyalgie (réplique p. 11). La question peut cependant demeurer ouverte, vu que quoi qu'il en soit, un tel diagnostic ne fonderait pas une incapacité de travail. En effet, même si les Dresses V. _____ et H. _____ n'ont pas pu suivre exactement la grille d'analyse désormais déterminante vu la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, leur expertise étant antérieure à l'ATF 141 V 281, les éléments sur lesquels elles ont fondé leur appréciation restent suffisamment convaincants, y compris après cet arrêt. Il ressort ainsi de l'expertise plusieurs incohérences entre l'invalidité professionnelle alléguée par l'assuré et l'influence de l'atteinte à la santé sur la vie sociale et extra-professionnelle : les expertes ont mis en évidence que l'assuré fonctionnait dans son quotidien, ayant un rythme régulier et se prenant en charge de manière autonome (cf. expertise p. 15, description de la vie quotidienne). Les expertes ont également relevé que l'expertisé avait des contacts réguliers avec son amie et les enfants de celle-ci ainsi que des échanges avec sa famille. Même s'il a déclaré à l'experte psychiatre ne plus avoir de contact avec ses amis, ces circonstances ne dénotent pas un véritable retrait social en raison de l'atteinte à la santé, ni des atteintes fonctionnelles particulièrement invalidantes qui seraient incompatibles avec une activité professionnelle adaptée à ses limitations physiques. Cela est corroboré par les examens cliniques réalisés par les expertes, la Dresse V. _____ ayant expliqué que les atteintes au rachis étaient mineures et l'experte psychiatre que l'assuré présentait encore des ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs, estimant qu'aucune comorbidité psychiatrique n'était présente, ne faisant que le constat d'une thymie abaissée. Il apparaît également qu'au moment de l'expertise, l'on ne pouvait pas parler d'échec des traitements vu la faible dose de duloxétine et l'absence d'antalgique (expertise p. 30).

Sous cet angle également, un complément d'expertise ne se justifie donc pas, la Cour de céans étant convaincue que les faits déterminants pour l'issue du litige présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus

modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157 ; ATF 125 I 127 consid. 6c/cc p. 135 ; TF 9C_208/2011 du 21 novembre 2011 consid. 2.1).

9. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision sur opposition attaquée confirmée.

Le présent arrêt est rendu sans frais, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Il n'y a pas lieu non plus d'allouer des dépens au recourant que ce soit pour la procédure d'opposition ou la procédure de recours, puisqu'il n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Le recourant n'ayant pour le surplus pas agi avec témérité, il n'y a pas lieu de le condamner à verser à l'intimée une indemnité " à titre de frais et dépens " ainsi qu'elle le requiert.

**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 24 novembre 2014 par R._____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me David Métille (pour W. _____), à Lausanne,
- Me Didier Elsig (pour R. _____), à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :