

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 février 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Pasche et Berberat, juges
Greffière : Mme Juillerat Riedi

Cause pendante entre :

G._____, à Montreux, recourant, représenté par Me Amandine Torrent,
avocate à Lausanne

et

H._____, à Martigny, intimée,

Art. 72 LAMal, 6 et 61 let. c LPGA

E n f a i t :

A. a) G. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1979, était employé de l'entreprise [...] depuis le 1^{er} septembre 2011 en qualité d'étancheur et poseur de résine. A ce titre, il bénéficiait d'une assurance collective d'une indemnité journalière conclue par son employeur avec H. _____ (ci-après : l'intimée).

Le 27 mars 2018, l'employeur a annoncé à l'intimée une incapacité de travail de l'assuré pour cause de maladie (mal au dos) dès le 19 février 2018, attestée par le Dr [...], médecin praticien et traitant.

L'intimée a pris en charge le versement des indemnités journalières.

b) Dans une lettre du 8 mars 2018, le Dr [...], spécialiste en radiologie et radiologie ostéo-articulaire, a conclu à une dégénérescence et un pincement discal modéré L3-L4, L4-L5 et L5-S1 et une légère arthrose interfaccettaire postérieure L4-L5, L5-S1, puis à une petite hernie discale sous-ligamentaire intraforaminale gauche en L4-L5 responsable d'un rétrécissement modéré du canal radiculaire, puis à une saillie discale intraforaminale bilatérale et une petite hernie discale intraforaminale droite en L5-S1 touchant la racine L5 droite et pouvant être ainsi responsable d'une symptomatologie irritative sur cette racine. Ce médecin a procédé à deux infiltrations lombaires les 16 mars et 3 avril 2018, indiquant à chaque fois que la procédure s'est déroulée de façon indolore, sans complications et avec de bons résultats immédiats.

Dans un rapport médical du 16 avril 2018, le Dr [...] fait état de lombo sciatalgies entravant l'assuré dans ses activités physiques et l'empêchant d'adopter une position assise prolongée. Dans son rapport du 17 août 2018, il a ajouté que ces restrictions pouvaient être améliorées par de l'hydrokinésithérapie.

Poursuivant l'instruction du cas, l'intimée a mis en œuvre une expertise rhumatologique de l'assuré afin de préciser le status, le diagnostic, les limitations fonctionnelles et leur répercussion sur la capacité de travail. Dans un rapport du 30 octobre 2018 faisant suite à un examen de l'assuré, le Dr S._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, minime discopathie et protrusion discale L4-L5, L5-S1, non conflictuelle. Il a retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de status post méniscectomie du genou gauche en 2016 et de status post dermo-hypothermie du bord médial du genou droit sur corps étranger en 2017. Il a expliqué que le facteur limitant résultait essentiellement de douleurs lombaires basses qui s'étaient chronifiées et cristallisées, étant précisé qu'il n'y avait cependant pas de structure lésionnelle significative permettant de justifier l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et surtout l'impotence fonctionnelle qui en découlait. Il a ajouté qu'il n'y avait pas de contre-indications à une reprise de son activité professionnelle antérieure à moyen terme. En effet, dans son activité habituelle de poseur de sols en résine, estimant qu'il devait effectuer des ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive, la capacité de travail était de 50% dès l'expertise et de 100% d'ici trois mois. Dans une activité adaptée, une reprise à 100% dès l'expertise est admissible, pour autant que cette activité lui permette d'éviter les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive et de plus de 25 kg. L'expert a noté que l'assuré devrait bénéficier à nouveau d'une prise en charge physiothérapeutique dans le but d'éviter tout déconditionnement musculaire (par exemple, une approche intensive sur 3 semaines en Unité Rachis à Lavey-les-Bains).

Le 28 novembre 2018, le médecin-conseil de l'intimée, le Dr [...], a approuvé les conclusions de l'expertise.

c) Par décision du 4 décembre 2018, l'intimée, se référant à l'expertise, a indiqué à l'assuré qu'un changement d'activité était exigible, moyennant un délai suffisant pour lui permettre de retrouver un emploi

adapté à son état de santé. Afin qu'il puisse organiser sa reprise de travail dans les meilleures conditions, les indemnités journalières lui ont été allouées à 100% jusqu'au 23 décembre 2018, puis à 50% jusqu'au 31 mars 2019. Elle a précisé qu'étant donné que la perte de gain de 20% était inférieure au taux d'incapacité de travail donnant droit à l'indemnité journalière assurée, elle cesserait tout versement dès cette date.

Le 8 décembre 2018, l'assuré a fait opposition à cette décision.

Par décision sur opposition du 17 décembre 2018, l'intimée a admis partiellement l'opposition en ce sens qu'elle prenait en charge les indemnités journalières à 100% jusqu'au 31 mars 2018, décision rectifiée le 8 janvier 2019 la prise en charge étant admise jusqu'au 31 mars 2019.

Par lettre du 14 janvier 2019, l'assuré a formé opposition contre cette décision.

Par lettre du 12 février 2019, l'intimée a informé l'assuré que l'assurance-invalidité avait décidé de lui octroyer des indemnités journalières dans le cadre d'une mesure de réadaptation professionnelle débutée le 14 janvier 2019 et qu'elle intervenait dès lors subsidiairement pour la part de perte de gain ou de salaire non couvert, jusqu'au 31 mars 2019. Le 13 février 2019, l'intimée a indiqué à l'assuré qu'elle rendrait une nouvelle décision en application de l'art. 52 al. 2 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1).

Par décision sur opposition du 15 mars 2019, l'intimée a précisé que compte tenu du stage AI du 14 janvier au 10 février 2019, le délai de transition accordé devait être suspendu durant cette période, de sorte que le droit aux prestations devait être prolongé au 30 avril 2019, la décision entreprise étant confirmée pour le surplus.

B. Par lettre du 12 avril 2019, G._____ a déposé un recours contre la décision sur opposition précitée, concluant à ce que les prestations lui soient servies au-delà du 30 avril 2019.

Il a notamment produit une lettre du 4 mars 2019 du Dr [...], spécialiste en médecine interne générale auprès de l'Orif Morges, qui, dans le cadre de la mesure d'observation diligentée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), a constaté des algies sacro-iliaques bilatérales associées à des talalgies bilatérales et une uvéite antérieure ; en outre ce médecin s'est interrogé si le diagnostic n'avait pas encore été évoqué d'une éventuelle spondylarthropathie ; il a ajouté que les protrusions discales étagées dont le recourant était porteur au niveau lombaire ne lui paraissaient pas pouvoir constituer un socle somatique suffisant pour expliciter la symptomatologie décrite.

Puis, dans un rapport du 5 mars 2019, le Dr [...], spécialiste en médecine interne, le Dr [...] et [...], responsable de l'équipe professionnelle de l'Orif, ont retenu à titre de limitations fonctionnelles la nécessité d'alterner les positions 10 minutes par heure, de proscrire l'exposition à des positions debout prolongées de plus d'une heure à une heure et trente minutes et d'éviter le port de charges itératif de plus de 10 kg. Ils ont constaté que ses compétences étaient plus adaptées aux travaux simples et répétitifs et que l'assuré n'arrivait pas à se projeter dans une autre tâche que celle qu'il a pratiquée ces dernières années. Ils ont relevé que le recourant était collaborant mais que ses doléances, en particulier représentées par des lombalgies et des douleurs projetées au niveau des deux membres inférieurs, apparaissaient limiter la portée de la mesure et le déroulement normal de la mesure. Au fur et à mesure de leurs observations, ils ont constaté des situations discordantes : dans des activités sollicitant essentiellement les membres supérieurs, le rendement était très faible de l'ordre de 15% avec un rythme de travail qu'ils ont qualifié de mauvais et de ralenti ; toute activité confrontant l'intéressé à la nouveauté était un facteur de stress. Sur le plan somatique, le recourant était en capacité de maintenir une position accroupie ; il utilisait paradoxalement peu les mesures mises en place d'alterner les positions

ou d'utilisation d'un siège debout/assis. Il adoptait également une position de travail qui leur paraissait peu compatible avec les lombalgies annoncées en fléchissant le buste vers l'avant et le rachis cervical en flexion maximum. Ils ont ajouté que le recourant devenait de plus en plus démonstratif, que les autolimitations s'affirmaient et se confirmaient. Ils ont qualifié son travail de relativement irrégulier avec des rendements de 30% à 60% selon les activités proposées avec un rythme de travail qui restait ralenti. Ils se sont interrogés d'un point de vue médical sur l'origine des lombalgies mécaniques. Même s'il n'était pas contestable au vu des documents médicaux qu'il était porteur de protrusions discales étagées non compressives au niveau lombaire de nature dégénérative, ils se posaient la question d'une éventuelle spondylarthropathie en raison d'algies sacro-iliaques de type inflammatoire (nocturnes) associées à un tableau clinique d'uvéite antérieure et de douleurs projetées au niveau des mollets, des talons et à droite. Sans remettre en cause les diagnostics qui ont été portés de protrusions discales, il leur paraissait ainsi important d'étayer l'éventualité d'une spondylarthropathie.

Fondé sur ce qui précède, le 26 mars 2019, l'OAI a considéré que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables en l'état.

Le 8 juillet 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Le 16 juillet 2019, l'intimée a informé la cour de céans qu'elle avait pris connaissance des pièces émettant l'hypothèse d'une spondylarthropathie qui nécessitait de nouvelles investigations. Elle a donc mis en œuvre une nouvelle expertise rhumatologique auprès du Dr Q._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, qui a rendu son rapport le 9 octobre 2019. Il a retenu les diagnostics de lombosciatalgies chroniques avec effet sur la capacité de travail et de syndrome douloureux chronifié sans effet sur la capacité de travail. Il a évalué la capacité de travail à 50% dans l'activité habituelle et à 100% dans une activité adaptée, soit excluant les ports de charges au-delà de 10 kg de manière ponctuelle et de 5 kg de manière régulière, les mouvements

répétitifs du rachis en porte-à-faux, un travail autorisant l'alternance de la position assise/debout une à deux fois par heure. Il a relevé la stabilité de l'état de santé du recourant depuis l'expertise faite par le Dr S._____.

Le 30 septembre 2019, désormais représenté par son conseil, le recourant a conclu à l'admission du recours, à ce qu'il soit pris acte que l'intimée procédait déjà à un complément d'instruction et à ce qu'elle rendra une nouvelle décision, à ce que la décision attaquée soit annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour nouvelle instruction et décision, avec suite de dépens, subsidiairement à ce que la décision entreprise soit réformée en ce sens que des indemnités journalières pleines lui soient dues à la suite de son arrêt de travail du 19 février 2018 pour une durée indéterminée. Il a notamment produit une lettre du 19 septembre 2019 des Drs W._____ et [...], médecin et médecin assistante du département de l'appareil locomoteur du CHUV, qui concluent à la présence de lombalgies de caractère mécanique dans le contexte d'une discarthrose pluriétagée de la région lombaire et qui proposent de démarrer un programme de physiothérapie active en ambulatoire pour procéder à un reconditionnement global et une prise en charge psychologique pour la gestion des douleurs chroniques.

Le 15 novembre 2019, l'intimée a conclu, en substance, au rejet du recours et a produit le rapport d'expertise Q._____.

Le 16 janvier 2020, le recourant a, en substance, confirmé son recours.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent

(art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie au-delà du 30 avril 2019. A cet égard, il conviendra de déterminer si l'assuré présente toujours dès cette date une diminution de sa capacité de travail suffisante pour maintenir le droit aux prestations.

3. **a)** Selon l'art. 67 al. 1 LAMal, toute personne qui est domiciliée en Suisse ou y exerce une activité lucrative et qui est âgée de quinze ans au moins mais n'a pas atteint l'âge de 65 ans peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens des art. 2 al. 1 ou 3 LSAMal (loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie ; RS 832.12). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective, notamment par des employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes (art. 67 al. 3 let. a LAMal).

L'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées (art. 72 al. 1, 1^{ère} phrase, LAMal). Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (al. 2).

En l'espèce, aux termes de l'art. 7 des conditions générales, l'indemnité journalière est versée pour une ou plusieurs incapacités de travail durant 730 jours dans une période de 900 jours. L'art. 13 indique que l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25%.

Est constitutive d'une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA 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.

Selon la jurisprudence, le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage ; ATF 129 V 460 consid. 4.2 et 114 V 281 consid. 1d). Ce principe a été codifié à l'art. 6, 2^{ème} phrase, LPGA, qui prévoit qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité raisonnablement exigible peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En ce sens, l'assurance d'indemnités journalières n'assure l'incapacité de travail que dans les limites posées par l'obligation de diminuer le dommage (GEBHARD EUGSTER, *Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 3e éd., Bâle 2016, n. 1461 s., p. 841-842).

Lorsque l'assuré doit envisager un changement de profession, l'assurance doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat – pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'alors est due – pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un nouvel emploi (ATF 114 V 281 consid. 5b); dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (TFA K 42/05 du 11 juillet 2005 consid. 1.3 ; ATF 114 V 289 consid. 5b ; 8C_251/2012 consid 2). A l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière, cas échéant réduite, dépend de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré, qui se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu ou

pourrait être réalisé dans la nouvelle profession (ATF 129 V 460 consid. 4.2).

Comme indiqué plus haut, la deuxième phrase de l'art. 6 LPGA concrétise la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à l'obligation de diminuer le dommage, dans la mesure où elle précise que l'activité exigée de la personne assurée - en cas d'incapacité de travail de longue durée - peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. D'après les travaux parlementaires à la base de la LPGA, la notion de "longue durée" doit se comprendre comme signifiant "six mois ou plus" (Initiative parlementaire "Partie générale du droit des assurances sociales", rapport du 27 septembre 1990 de la Commission du Conseil des Etats, in : FF 1991 II 181, 244).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

La valeur probante d'une expertise peut être remise en cause lorsqu'il existe des éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui ont été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées ; cf. également TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

4. a) En l'espèce, le recourant est assuré pour la perte de gain par le biais d'un contrat collectif conclu par son employeur auprès de l'intimée. Il a été en incapacité de travail dès le 19 février 2018. L'intimée lui a versé des indemnités journalières jusqu'au 30 avril 2019, puis a estimé que, dès cette date, le recourant était en mesure d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qui ne représentait pas de perte de gain suffisante.

Le recourant conteste bénéficier d'une quelconque capacité de travail.

Il s'agit donc de déterminer si le recourant présentait à cette date encore une diminution de sa capacité de travail supérieure à 25% et si un changement d'activité était exigible.

b) L'intimée a fondé sa décision sur les rapports d'expertise du Dr S._____, dans un premier temps, puis, à la suite de nouveaux éléments apportés par le recourant, sur la base de l'expertise complémentaire du Dr Q._____.

Après une anamnèse et un examen clinique complet, l'expert S._____ a examiné notamment l'IRM du 8 mars 2018 et a constaté l'existence d'une très minime diminution de l'espace intersomatique L3-L4, L4-L5, non significative, ainsi que des troubles dégénératifs facettaires postérieurs également non significatifs, les murs antérieur et postérieur étant bien alignés. Il a noté une minime protrusion L5-S1 et l'absence de conflit ou de souffrance disco-radriculaire. Il a écouté les plaintes de l'assuré mais a considéré qu'elles n'étaient pas concordantes avec les résultats de l'examen clinique. En effet, l'assuré ne présentait pas d'amyotrophie, ni de trouble sensitivomoteur et les réflexes étaient vifs et symétriques. L'assuré se mouvait, s'habillait et se déshabillait de manière fluide. En outre, au vu du bilan radiographique rassurant, le socle somatique ne permettait pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie et surtout l'impotence fonctionnelle que l'assuré décrivait dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle. L'expert S._____ a conclu que le status mettait en évidence un syndrome lombovertébral sans signe radriculaire irritatif ou déficitaire, sans signe de non organicité et de douleurs insertionnelles pouvant évoquer une diminution du seuil de déclenchement de la douleur. Il a ajouté que l'examen frappait par une trophicité musculaire au-delà de la norme. Au final, il a retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle augmentant à 100% dans un délai de trois mois et une capacité de travail entière immédiate dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit lui permettant d'éviter les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive et de plus de 25 kg.

A la suite d'une suspicion d'une spondylarthropathie par les médecins de l'Orif dans le cadre de la procédure devant l'OAI, l'intimée a mis en œuvre une expertise complémentaire afin, notamment, d'examiner

si cette pathologie était avérée et si elle avait des effets sur la capacité de travail.

L'expert Q._____ a noté que les troubles rapportés par l'expertisé étaient partiellement concordants avec les résultats de l'examen clinique et paraclinique, le recourant étant victime d'un syndrome douloureux chronifié dépassant le domaine de compétence du rhumatologue. Il a indiqué que le recourant a été examiné le 28 juin 2019 et le 6 septembre 2019 dans le service de médecine physique et réhabilitation du CHUV et que ces médecins ont écarté un rhumatisme inflammatoire de type spondylarthrite sur la base de l'absence de syndrome inflammatoire biologique, de l'absence de l'antigène HLA-B27 et d'une IRM du bassin et des sacro-iliaques réalisée dans l'intervalle le 8 août 2019 et un examen ophtalmique réfutant des signes d'uvéite ; ils n'ont retenu que des lombalgies mécaniques dans le contexte d'une discarthrose pluriétagée. L'expert Q._____ a constaté que l'examen clinique témoignait essentiellement d'une altération douloureuse de la mobilité tronculaire. Il n'y avait pas d'altération significative de la mobilité cervicale ni des grosses comme des petites articulations périphériques, ni arthrite ni de synovite. La mobilisation des articulations sacro-iliaques était indolore. La palpation segmentaire retrouvait des douleurs de L2 à S1 paralombaires bilatérales se rajoutant des zones insertionnelles intéressant les crêtes iliaques. Il n'y avait pas de syndrome irritatif des membres. Les réflexes ostéo-tendineux étaient vifs et symétriques. Il n'y avait pas d'altération de la force ni trouble de la sensibilité. L'expert a relevé que l'assuré souffrait de lombalgies chroniques dans le cadre de troubles disco-dégénératifs bien réels, l'anamnèse comme l'examen clinique ne permettant toutefois pas d'expliquer la globalité des symptômes douloureux allégués par l'assuré, leur intensité, leur localisation et leur retentissement sur son fonctionnement. Selon l'expert Q._____, le status restait marqué par la présence de nombreux signes de surcharge fonctionnelle témoignant d'un syndrome douloureux chronifié voire d'une diminution du seuil de tolérance à la douleur dans le cadre d'une comorbidité psychologique associée qui dépassait le domaine de compétence de l'expert rhumatologue. Du point de vue

rhumatologique, la capacité de travail de l'assuré dans une activité d'étancheur poseur de résine était de 50%, y intégrant une diminution de rendement liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le haut du corps et la prise éventuelle de pauses supplémentaires. Dans une activité légère, excluant le port de charges au-delà de 10 kg de manière ponctuelle et 5 kg de manière régulière, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, travail autorisant l'alternance de la position assise et debout 1 à 2 fois par heure, la capacité de travail de l'assuré était entière.

c) Les appréciations de ces experts sont convergentes. Elles sont clairement étayées et circonstanciées et prennent en compte les plaintes du recourant ainsi que l'ensemble du dossier médical. Il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante à ces deux expertises. On relève que les médecins de l'Orif, après leurs propres constatations, ont abouti à des conclusions semblables, à savoir que les protrusions discales étagées dont le recourant est porteur au niveau lombaire ne paraissent pas pouvoir constituer un socle somatique suffisant pour expliciter la symptomatologie décrite par le recourant ; ils ont également observé des discordances entre les plaintes et le comportement du recourant, celui-ci devenant de plus en plus démonstratif et autolimitant. Ils ont émis l'hypothèse d'une éventuelle spondylarthropathie en raison d'algies sacro-iliaques de type inflammatoire associées à un tableau clinique d'uvéite antérieure et de douleurs projetées au niveau des mollets, des talons et à droite. Cette hypothèse a toutefois été infirmée par l'expert Q._____, tout comme par le service de médecine physique et réhabilitation du CHUV qui ont écarté un rhumatisme inflammatoire de type spondylarthrite sur la base d'éléments objectifs.

Les médecins traitants posent les mêmes diagnostics et limitations fonctionnelles. Sommaires, leurs rapports ne sont pas de nature à remettre en cause les constatations motivées et complètes des experts.

Le recourant fait valoir qu'il n'est plus apte à exercer son activité habituelle, ce qui n'est pas contredit par l'intimée qui lui a accordé

un délai pour changer d'activité. Il soutient qu'il ne peut pas exercer une activité adaptée compte tenu de ses affections et se réfère au rapport de l'Orif indiquant notamment que son rendement est mauvais et qu'il est très ralenti. Or, comme on l'a vu, ce rapport indique également que le recourant est dans l'autolimitation et, comme indiqué plus haut, les conclusions de ce rapport viennent davantage confirmer celles des experts. Le recourant ne trouve ainsi aucun appui argumenté de sa prétendue incapacité de travail en toute activité, étant précisé que l'intimée a admis que ses limitations fonctionnelles l'empêchaient d'exercer son activité habituelle à tout le moins à plein temps.

C'est donc à juste titre que l'intimée a considéré que le recourant bénéficiait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès novembre 2018, comme l'a constaté l'expert S._____, ce qui a été confirmé par l'expert Q._____ selon lequel la situation n'a pas évolué depuis lors.

On ajoute que, sur le plan psychiatrique, tant le Dr W._____ que l'expert Q._____ ont suggéré une prise en charge psychologique pour la gestion des douleurs chroniques et qu'aucun d'eux n'a émis l'hypothèse d'une atteinte psychiatrique invalidante. D'ailleurs, le recourant n'a déclaré avoir débuté un suivi psychiatrique que dans son écriture du 16 janvier 2020 et ne pas être en mesure de déposer un rapport médical dès lors que le suivi venait de débuter. Il s'est réservé la possibilité de déposer un rapport médical, ce qu'il n'a toutefois pas fait et il n'a pas requis de délai afin d'y procéder, s'opposant par ailleurs à toute suspension de la procédure. En l'absence d'indices allant dans le sens d'une atteinte psychiatrique invalidante, il n'y a pas lieu d'ordonner des mesures d'instruction complémentaires. Ainsi, il n'est pas établi, au stade de la vraisemblance prépondérante, que le recourant souffrait d'atteintes totalement invalidantes entre le mois de novembre 2018 et la date de la décision entreprise.

d) Le 4 décembre 2018, l'intimée a avisé le recourant qu'il bénéficiait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée et

que celle-ci était exigible après un laps de temps dont elle a fixé le terme au 31 mars 2019. Elle a prolongé ce délai au 30 avril 2019 pour tenir compte de la durée de la mesure de réadaptation professionnelle organisée par l'OAI et pendant laquelle il ne pouvait pas chercher une activité adaptée. Ce procédé peut être approuvé, ce d'autant que l'OAI a confirmé le 26 mars 2019 que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables en l'état, de sorte que le recourant ne pouvait plus avoir d'attente dans cette voie-là et n'a pas été empêché de remplir son devoir de limiter le dommage (voir ATF 129 V 460 ; 111 V 241 ; TFA K 20/02 du 27 août 2002 consid 2c).

5. En définitive, il y a lieu de retenir que le recourant a été en mesure d'exercer une activité professionnelle adaptée dès le 1^{er} mai 2019 et que cette activité était exigible dès cette date. Le calcul de la perte de gain, arrêtée à 20% par l'intimée, n'a pas été contesté. Ce chiffre se situant en-dessous du seuil de prise en charge, le recourant n'a pas présenté d'incapacité de travail susceptible d'ouvrir le droit aux indemnités journalières au-delà de cette date. La décision de l'intimée est donc bien fondée et peut être confirmée, ce qui entraîne le rejet du recours.

On relève que les mesures d'instruction effectuées pendant la procédure de recours, justifiées par de nouveaux éléments et qui n'ont pas prolongé la procédure, n'ont pas abouti à un sort différent du recours, de sorte que c'est à tort que le recourant persiste à conclure à l'admission de son recours. On note en outre que l'expertise mise en œuvre *pendente lite* par l'intimée était destinée à examiner une simple hypothèse d'une spondylarthropathie émise par le Dr [...], hypothèse qui n'a toutefois pas été confirmée par le Dr Q._____. La portée de cette expertise sur l'état de fait n'est donc pas déterminante.

6. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures

probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 et 125 I 127 consid. 6c/cc ; TF 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d, 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a ; TF 8C_372/2014 du 12 mai 2015 consid. 4.3).

En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la demande de complément d'instruction formée par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée.

7. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Le recourant, n'obtenant pas gain de cause, ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA, a contrario).

**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 15 mars 2019 par H._____ 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 Amandine Torrent (pour G. _____)
- H. _____
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :