

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 février 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Monod et Mme Rossier, assesseurs
Greffier : M. Greuter

* * * * *

Cause pendante entre :

I. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

D. _____, à Tolochenaz, intimée.

Art. 72 LAMal

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après: l'assuré), né le 3 septembre 1959, a travaillé au sein de la société [...] SA, laquelle est assurée auprès de D. _____ pour la perte de gain maladie collective de son personnel. Le montant de l'indemnité journalière est de 149 fr. 60.

Le 21 juin 2005, l'assuré a été victime d'un accident, ayant fait une chute d'une hauteur de 3 mètres sur son lieu de travail, qui a occasionné une fracture pertrochantérienne droite pour laquelle il a bénéficié d'une ostéosynthèse.

a) Dans un rapport du 10 novembre 2006, le Dr N. _____, spécialiste FMH en pédopsychiatrie et psychothérapie, diagnostique un état de stress post traumatique, un trouble de l'adaptation avec réaction mixte et dépressive, un syndrome douloureux somatoforme persistant; il estime qu'une reprise de travail est impossible pour une durée indéterminée.

Le 8 décembre 2006, le médecin traitant, le Dr L. _____, spécialiste FMH en médecine interne, médecine tropicale et médecine des voyages, pose les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants:

- Syndrome de stress post-traumatique existant depuis juin 2005.
- Tendinopathie d'insertion du moyen fessier droit avec discrète bursite trochantérienne, existant depuis novembre 2005.
- Possible syndrome douloureux somatoforme existant depuis novembre 2005.

Dans l'activité exercée jusqu'à ce jour en tant que plâtrier-peintre, le Dr L. _____ estime l'incapacité de travail à 100% depuis le 20 juin 2005. Il considère en outre que l'état de santé de l'assuré est stationnaire. S'agissant du syndrome de stress post-traumatique et du probable syndrome somatoforme douloureux survenu 18 mois après

l'incident déclenchant, l'évolution semble stationnaire et le pronostic n'apparaît pas favorable.

b) L'intimée a confié un mandat d'expertise au Dr B._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui, après avoir examiné l'assuré a, le 4 janvier 2007, déposé son rapport le 9 février 2007.

Le 18 janvier 2007, l'expert a communiqué ses diagnostics et conclusions au médecin conseil de l'intimée.

Le 23 janvier 2007, l'intimée a rendu une décision selon laquelle, d'après les renseignements transmis par son service médical, la capacité de travail de l'assuré était entière le jour de l'expertise au plus tard. Pour la bonne règle, elle confirmait que l'indemnité journalière serait allouée jusqu'au 31 janvier 2007.

Il résulte du rapport d'expertise notamment ce qui suit:

"1.2. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

(...)

Monsieur I._____ serait né à terme à la maison sans complication néonatale connue. Mis à part les maladies d'enfance habituelles, Monsieur I._____ n'aurait pas souffert d'épilepsie, de méningite, de traumatisme crânien. Le développement psychomoteur semble s'être déroulé harmonieusement, en particulier pour l'acquisition de la marche, du langage, de la propreté.

De son enfance, Monsieur I._____ conserve des souvenirs normaux. Ses parents se sont séparés pour des raisons qu'il ne connaît pas lorsqu'il avait 2 ½ ans. Il aurait été élevé par son père, ainsi que sa belle-mère. La famille de son père l'aurait empêché de voir sa mère à laquelle il a néanmoins parfois rendu visite en cachette. Elle serait décédée de cause inconnue lorsqu'il avait environ 11 ans.

Né en 1936, son père travaillait en tant que maçon. Il est décrit comme un homme assez "rustre, sévère", qui présentait des problèmes d'alcool. Mais globalement, il ne s'est pas montré particulièrement maltraitant avec l'assuré. Son père, après son divorce, s'est remarié avec une veuve qui avait déjà des enfants de sa première union, avec lesquels l'assuré a été élevé. Il n'y a pas de notion de maltraitance, de carence affective. Monsieur I._____ semble avoir été un enfant tout à fait normal, y. c. au niveau de la socialisation.

Il a suivi la scolarité obligatoire, puis a travaillé dans les chantiers, obtenant un diplôme de maçon à 23 ans. Il a réalisé ses 15 mois de service militaire sans traumatisme ni difficulté majeure.

1.3. ANAMNÈSE AFFECTIVE

Monsieur I. _____ s'est marié en 1980 avec une compatriote, [...] née en 1959, dont il a eu deux garçons en 1980 et 1984. Les deux sont indépendants. L'aîné travaille comme ouvrier de fabrique, le 2^e comme électricien. L'assuré aurait de bonnes relations avec eux. Son épouse a travaillé en usine, puis dans un EMS dès 1985. En raison de problèmes de santé que l'assuré n'arrive pas à qualifier, elle serait en incapacité de travail et a demandé les prestations invalidités qui lui ont été refusées il y a 4-5 mois. Le couple connaît quelques dissensions, mais sans plus.

Socialement, Monsieur I. _____ paraît bien intégré. Il a des amis, sa belle-famille en Suisse dont un oncle maternel.

1.4. ANAMNÈSE PROFESSIONNELLE

Monsieur I. _____ a travaillé comme grutier en Bosnie, en Irak de 1984 à 1985 et à nouveau en Bosnie. Il serait retourné en Irak, pour des motifs financiers, de 1988 à 1992. A cette époque, il a été bloqué dans ce pays suite au début de la guerre en Irak. Puis il est rentré en Bosnie, s'est retrouvé au chômage, mais a toujours été salarié à 80% dans son ancienne entreprise, nous affirme-t-il. Il s'est retrouvé en pleine guerre en Bosnie et en 1993 à Srebrenica dont il garde des souvenirs difficiles qu'il ne veut pas évoquer.

(...)

1.7. ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES FAMILIAUX

Outre son père qui a souffert d'un léger éthylisme, Monsieur I. _____ n'a pas connaissance d'autres membres de sa famille directe, proche ou étendue qui aient souffert de troubles psychiques. Nous ne retrouvons aucun antécédent familial de suicide, troubles thymiques, troubles anxieux, maladie de la dépendance ou problème évoquant une décompensation psychotique."

L'expert pose les diagnostics suivants:

"4.1. DIAGNOSTIC SELON LE DSM

Axe I Trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive légère ou subclinique
DD: Trouble douloureux associé à des facteurs psychologique et une affection médicale générale

Axe III* cf. spécialistes concernés

Axe IV accident professionnel du 21.6.2005

Axe II pas de trouble
Névrose de rente

* L'axe III (pathologie somatique) est mentionné à titre indicatif, sur la base du dossier médical, car il sort du champ des compétences de l'expert psychiatre.

4.2. DISCUSSION

Monsieur I. _____ est un homme d'origine bosniaque qui a été élevé essentiellement par son père et sa belle-mère, car ses parents se sont séparés lorsqu'il avait deux ans. Rien n'indique néanmoins qu'il ait été victime de graves maltraitances ou de carences affectives. Mis à part un léger éthylisme chez son père, il n'y a pas d'autres indices suggérant un terrain de vulnérabilité psychiatrique au sein de sa famille directe, proche et étendue.

Jusqu'à l'accident du 21.6.2005, Monsieur I. _____ a toujours bien fonctionné au niveau personnel, familial, ainsi que professionnel. L'accident, en tant que tel, a été relativement mineur, puisqu'il s'agit d'une chute d'une échelle lorsqu'il en descendait, entraînant une fracture pertrochantérienne droite.

Nous ne reviendrons pas sur les circonstances de l'expertise qui sont détaillées au point 1.1.

L'objectif de cette discussion sera donc de déterminer le ou les troubles psychiatriques présentés par Monsieur I. _____, leur incidence sur sa capacité de travail, l'opportunité d'entreprendre des mesures de réadaptation professionnelle.

Le long entretien que nous avons eu avec Monsieur I. _____, le bilan des tests psychométriques que nous lui avons fait passer, et la lecture attentive du dossier en notre possession, nous permettent de porter les conclusions suivantes.

D'un point de vue psychopathologique, Monsieur I. _____ ne présente pas actuellement de symptômes anxieux ou dépressifs majeurs. Il a peut-être pu présenter une réaction anxio-dépressive adaptative à la suite de la décision de la SUVA du 13.4.2006 de mettre un terme à ses prestations, ce qui a été vécu comme une injustice et l'a mis dans une situation économique et professionnelle difficile.

L'accident lui-même étant mineur, en l'absence de syndrome de répétition, nous ne pouvons pas parler d'un état de stress post-traumatique.

En définitive, il s'agit ici d'un trouble douloureux associé à une affection médicale générale léger, problèmes consécutifs à des problèmes psychosociaux, financiers et asséculogiques.

Il n'y a pas de troubles majeurs de la personnalité. En ce sens, notre observation est parfaitement similaire à celle du Dr G. _____ de la CRR lors de son examen du 7.10.2003.

L'évolution se fait vers une sorte de névrose de rente, chez un sujet encore jeune (48 ans), qui, visiblement, n'a plus la motivation de reprendre une activité professionnelle, ce qu'il avait plus ou moins implicitement déjà annoncé au médecin conseil remplaçant de la SUVA, la Dresse P. _____ le 23.9.2005. Apparemment, d'après les médecins spécialistes concernés, rien ne contre-indique qu'il reprenne son ancienne activité, ou tout au moins n'importe quelle activité légère, avec moins de contrainte physique. Le problème semble ici essentiellement lié au manque de formation professionnelle et à des soucis économiques.

Il semble néanmoins très inquiet pour son avenir, car il n'a pas de véritable formation professionnelle et ne maîtrise que très mal le français parlé et pas du tout écrit.

D'un point de vue psychiatrique, Monsieur I. _____ a toujours eu une capacité de travail entière.

REMARQUES

Le 25.1.2007, suite à la lettre de D. _____ lui annonçant l'interruption de ses prestations, Monsieur I. _____ a pénétré dans notre cabinet pour demander à parler à l'expert. Celui-ci ne se trouvait pas là. Devant son refus de sortir, les forces de l'ordre sont intervenues.

Il est alors à nouveau rentré dans le cabinet médical, avec semble-t-il une petite quantité d'essence, s'est enfermé dans un bureau, menaçant de mettre le feu. Les forces de l'ordre ont été appelées et finalement après 4 heures, l'assuré a été interpellé, après que la

porte et la fenêtre du bureau aient été défoncés. Durant ce temps, Monsieur I._____ s'est montré très revendicateur, refusant de sortir si on ne lui donnait pas de suite les prestations financières de la D._____. Il n'était pas apparemment dans un état d'ébriété ni sous l'emprise de substances. Après son arrestation, il paraissait calme."

Par acte du 5 février 2007, l'assuré s'est opposé à la décision rendue le 23 janvier 2007 par l'intimée.

Selon une attestation du CHUV du 30 mars 2007, l'assuré a été hospitalisé à Cery du 25 janvier au 16 mars 2007.

Il ressort d'une lettre du 23 avril 2007 du Dr N._____ ce qui suit:

"Nous suivons Monsieur I._____ d'une façon régulière depuis le 19.01.2006. Ce suivi psychothérapeutique individuel soutenu en présence d'un interprète médiateur socioculturel, se poursuit ainsi depuis sa sortie de l'hôpital à savoir depuis le 20 mars 2007. Par ailleurs, la symptomatologie dont souffre Monsieur I._____ s'est aggravée mais elle est stable. Son état est encore extrêmement fragile et toute exposition à des facteurs de stress peut à tout moment déstabiliser un équilibre encore bien fragile. A cet effet, Monsieur I._____ n'est pas encore en mesure de reprendre son activité professionnelle en tant que plâtrier peintre et son incapacité de travail reste à 100% et cela pour une durée indéterminée."

Dans un rapport du 14 mai 2007 adressé au Dr N._____, les Drs S._____ et K._____ de l'hôpital de Cery mentionnent ce qui suit:

"La personne susnommée a été adressée le 25.01.2007 par le Dr Z._____, médecin de garde de la ville, en admission d'office. Elle est sortie le 16.03.2007 pour aller à domicile, adressée pour suite de traitement à vous-même et à Mme X._____, psychologue. Il s'agit de la première hospitalisation dans notre établissement.

Motif d'hospitalisation:

Risque hétéro-agressif et menaces suicidaires par immolation.

Diagnostic (CIM-10):

- * Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2)
- * Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)
- * Etat de stress post-traumatique (F43.1)

Diagnostic somatique:

- * Hypertension artérielle traitée
- * Status post fracture pertrochantérienne droite avec ostéosynthèse le 26.06.05

- * Tendinopathie d'insertion du moyen fessier droit avec discrète bursite trochantérienne

Traitement à la sortie:

Citalopram (citalopram) 20 mg, 2 cp le matin

Temesta expidet (lorazépam) 1 mg, 1 cp matin et soir + 3 cp/jour en réserve

CoAprovel-Forte (irbésartan, hydrochlorothiazide), 1 cp le matin

Beloc ZOK (métoprolol) 100 mg, 1 cp le matin

Dafalgan (paracétamol) 1 g, 1 cp 4 x/jour

Eléments anamnestiques:

Anamnèse actuelle: M. I. _____ a fait une chute d'une hauteur de 3 mètres, le 21.06.05, sur son lieu de travail, ayant occasionné une fracture pertrochantérienne droite pour laquelle il a bénéficié d'une ostéosynthèse. Il a été adressé trois mois plus tard à la clinique de réadaptation de la SUVA en raison de douteurs avec boiterie. Les investigations radiologiques ont conclu à une bonne consolidation de la fracture et à la présence d'une tendinopathie d'insertion du moyen fessier droit avec une discrète bursite trochantérienne. Une évaluation psychiatrique effectuée par le Dr G. _____ à la même époque ne retient pas de diagnostic psychiatrique. La détérioration de l'état psychique du patient avec la persistance des douleurs ont amené le fils de M. I. _____ à l'accompagner à votre consultation, et un suivi avec vous-même et Mme X. _____ a été mis en place fin avril 2006. L'assurance D. _____, à la lumière d'un entretien d'expertise que le patient a eu le 04.01.07 avec le Dr B. _____, a décidé d'arrêter l'indemnité journalière pour le 31.01.07. Le patient s'est rendu alors au cabinet du Dr B. _____ pour discuter avec lui, estimant que l'entretien était trop bref pour permettre de conclure à une capacité totale de travail, mais le Dr B. _____ a refusé de le voir et a appelé la police pour l'expulser du cabinet. M. I. _____ est revenu par la suite au cabinet avec de l'essence afin de s'immoler. Il précise qu'à ce moment il n'a proféré aucune menace ni envers le Dr B. _____ ni envers ses secrétaires. Après de longues négociations par l'intermédiaire d'un médiateur, la police a amené M. I. _____ au poste où il était très en colère et a proféré des menaces de tuer le Dr B. _____ et le médecin de la SUVA. Le patient a été vu au poste de police par le Dr Z. _____, médecin de garde de la ville, qui nous l'a adressé.

M. I. _____ décrit un profond sentiment d'injustice et dit qu'en quittant le cabinet du Dr B. _____ la première fois, il allait voir l'assistance juridique mais que sur le chemin, dans un moment d'impulsion et de désespoir, est survenue chez lui l'idée de s'immoler.

Anamnèse personnelle et familiale:

Il s'agit d'un patient d'origine bosniaque, en Suisse depuis 1995, arrivé accompagné de son fils blessé lors de la guerre de Bosnie. M. I. _____ est le cadet d'une fratrie de deux. Sa soeur, de quatre ans son aînée, est mère de cinq enfants et vit en Bosnie. Sa mère est décédée lorsqu'il avait 11 ans. Son père, âgé actuellement de 75 ans, est hospitalisé en Bosnie. Les parents ont divorcé lorsqu'il avait environ 3 ans. Il est resté avec son père. Ce dernier s'est remarié lorsque M. I. _____ avait 7 ans avec une dame ayant déjà sept enfants d'un premier mariage. Le patient a connu une enfance difficile, recevant peu d'amour de la part de son entourage,

notamment de sa belle-mère. Son père est décrit comme étant alcoolique et violent, et le tapait. Entre l'âge de 3 et 7 ans, c'est une voisine qui s'est occupée de lui. Plus tard, c'est sa soeur qui a assumé cette tâche. M. I. _____ a suivi l'école pendant huit ans et ensuite a effectué un apprentissage de grutier, puis son service militaire à l'âge de 20 ans pendant quinze mois, avant de travailler pendant neuf ans comme grutier. Il évoque pour la première fois un accident survenu lorsqu'il manoeuvrait la grue et ayant entraîné le décès de deux personnes. Il est parti par la suite travailler en Irak. Dans les suites de la première guerre du Golfe, il s'est retrouvé sans emploi. Il est alors retourné en Bosnie, et étant originaire d'une région très proche de Srebrenica, il a vécu les horreurs de la guerre durant laquelle il a perdu des personnes proches, et son fils, comme mentionné précédemment, a été blessé. Le patient a de bons rapports avec son épouse et ses deux fils, âgés respectivement de 25 et 22 ans, qui le soutiennent notamment dans ses démarches auprès des soignants et des assurances. Par ailleurs, M. I. _____ a un oncle maternel qui vit à Yverdon et avec qui il a également de bons rapports. A l'anamnèse, on ne retrouve pas d'antécédents clairs d'hétéro-agressivité. Par contre, le fils aîné décrit chez son père une certaine impulsivité mais sans conséquence jusqu'à présent.

Examen clinique:

Patient âgé de 47 ans, calme, collaborant, s'exprimant avec difficulté en français. Présentation et tenue dans les normes. Contact normal. Thymie triste. Tension interne importante. Il ne décrit plus d'idées suicidaires mais dit pouvoir tuer l'expert par pistolet. Pas de troubles du cours de la pensée. Pas d'idées délirantes. Discours centré sur les douleurs (coxalgies droites, dorsalgies, céphalées).

Examens complémentaires:

Glycémie, chimie, enzymes hépatiques, électrolytes, formule sanguine simple dans les normes. Examen des urines: hématurie microscopique?

Evolution et discussion:

M. I. _____ est hospitalisé pour la première fois en admission d'office en raison d'un risque hétéro- et auto-agressif. Au début de l'hospitalisation, le patient exprimait sa colère contre le thérapeute qui l'a vu pour l'expertise, s'étonnant que ce dernier puisse effectuer une telle évaluation dans un tel laps de temps. Il exprimait également des menaces de mort, se disant prêt à aller acheter un pistolet. Sur ce plan, l'évolution a été par la suite favorable. M. I. _____ ne verbalise plus de menaces mais dit avoir de la peine à se débarrasser de pensées hétéro-agressives malgré les efforts qu'il fait. Au cours d'un entretien de famille, il s'engage à ne pas faire de mal ni à lui-même ni à autrui. Progressivement plus détendu, il arrive à s'adapter à des situations stressantes dans le service en recourant soit à l'aide de soignants, soit en prenant du Temesta. La question du risque hétéro-agressif a été discutée également lors de nos rencontres avec Mme X. _____, thérapeute du patient. Lors du dernier réseau, si M. I. _____ se montre tendu lorsqu'il évoque les circonstances ayant conduit à l'hospitalisation, il reconnaît qu'il a "pété les plombs", mis en colère par ce qu'il vivait comme une injustice. Il dit persister dans ses engagements de ne pas recourir à la violence et de faire appel à un avocat, ainsi que de

poursuivre son traitement à votre cabinet et avec le Dr L._____. Au cours de l'hospitalisation, une évaluation du risque de violence au moyen de l'échelle HCR-20 a été effectuée à deux reprises, le 07.02 et le 14.03.07, avec l'aide du Dr H._____. [...]. Cette échelle d'évaluation du risque de violence comporte trois volets: les facteurs chronologiques, les facteurs cliniques et les facteurs de la gestion du risque. Elle se remplit hors de la présence du patient, au cours d'une discussion avec les soignants. Il ressort de cette évaluation que M. I._____ présente peu de facteurs chronologiques tels que des antécédents de violence, des problèmes de toxicomanie ou d'instabilité relationnelle. Il a par ailleurs évolué en cours d'hospitalisation sur le plan des facteurs cliniques tels que l'impulsivité ou la résistance au traitement, qui ont diminué. Le fait qu'il soit bien entouré, tant par sa famille que par des soignants, est un facteur de bon pronostic sur ce plan, et est d'autant plus important pour l'avenir que le patient sera exposé à un certain nombre de facteurs déstabilisants liés en particulier aux procédures asséculo-logiques et juridiques en cours.

Sur le plan diagnostique nous retenons un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques devant l'humeur déprimée, les troubles du sommeil avec insomnie, la perte de l'intérêt et du plaisir pour ses activités, la fatigue ainsi que des idées suicidaires. M. I._____ a pu parler de sa tristesse, de son désespoir, a pu pleurer en disant qu'il ne savait pas ce qui se passait dans sa tête. Il ne se sent pas reconnu dans sa souffrance, humilié par les doutes qu'il perçoit à son égard, très blessé de ne pouvoir continuer à travailler et à tenir son zèle dans sa famille.

Nous retenons également le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant au vu de la durée et de l'intensité des douleurs, non expliquées entièrement par un trouble physique, qui sont accompagnées d'un sentiment de détresse et constituent la préoccupation essentielle du patient. Dans son anamnèse, on retrouve un certain nombre d'éléments souvent associés à ce type de trouble, tels qu'un niveau socio-économique bas, un début à un jeune âge d'un emploi physiquement dur, des violences et des abandons dans l'enfance ainsi que des traumatismes.

On relève également des symptômes anxieux de type évitement lié à la peur (fear avoidance). M. I._____ doute de la solidité du matériel d'ostéosynthèse et reste persuadé que les vis bougent et sont à l'origine des douleurs. Par crainte d'une aggravation ou d'une nouvelle fracture, il veut maintenir sa jambe en décharge et utiliser des béquilles. Nous avons également gardé le diagnostic d'état de stress post-traumatique, posé par vous même sur la base de cauchemars fréquents et de rêves répétitifs qu'il est en train de tomber, associés à une peur face à des situations telles que monter ou descendre les escaliers. Actuellement, cette symptomatologie est à l'arrière-plan par rapport aux symptômes dépressifs et aux douleurs.

En début de séjour, le patient était tendu, irritable, parfois dénigrant, puis il s'est montré plus calme, plus triste, capable de s'appuyer sur les soignants et de demander de l'aide. Il a toujours scrupuleusement respecté le règlement de l'hôpital. L'évolution sous traitement antidépresseur de Citalopram a été relativement favorable avec une amélioration sur le plan thymique. Quant aux troubles du sommeil, nous avons prescrit dans un premier temps du Remeron avec un effet favorable.

Toutefois, ce médicament a dû être interrompu en raison de vertiges et de troubles de l'équilibre.

Signalons que M. I. _____ s'est plaint, à la fin de son hospitalisation, d'une sensation de fourmillements au niveau du membre supérieur gauche, d'intensité fluctuante, épargnant le pouce, sans notion de traumatisme ni de douleurs thoraciques. Le status est sans particularité hormis une hypoesthésie tactile au niveau du membre supérieur gauche épargnant également le pouce. L'interniste n'a pu faire l'évaluation. En cas de persistance de ces symptômes, nous proposons au Dr L. _____ de faire une évaluation."

Dans une lettre du 9 août 2007, le Dr B. _____ a répondu aux questions du médecin de l'intimée posées dans une lettre du 3 juillet 2007 comme il suit:

"Vous me sollicitez afin de répondre à 5 questions faisant suite au rapport du 14.5.2007 de l'hôpital de Cery signés les Dresses S. _____ et K. _____.

1. Quel est votre avis sur la description par l'assuré du déroulement des faits survenus à votre cabinet le 25.1.2007? qui était présent? Témoins éventuels?

Les événements se sont déroulés de façon suivante: L'assuré s'est présenté au cabinet médical le matin à 9h00 afin de pouvoir exprimer son désaccord avec les conclusions de mon expertise, alors que je me trouvais à l'extérieur. La secrétaire m'a appelé au téléphone et je lui ai signalé qu'il était exclu que je revoie l'assuré dans ces conditions; s'il ne voulait pas partir, il fallait appeler la police afin qu'il soit mis dehors. Bien qu'il lui ait été expliqué qu'il ne lui servait à rien d'attendre, il est resté sur ses positions, parlant d'un ton calme et il a fallu que les policiers le raccompagnent de force à l'extérieur. Il a attendu à la sortie sur le trottoir, guettant probablement mon retour.

Peu après, il a pénétré à nouveau dans le cabinet et s'est de suite enfermé dans un petit bureau en mentionnant qu'il refusait de sortir avant que l'assurance lui verse les indemnités qu'il estimait lui être dues. Il a proféré quelques menaces, toujours sur un ton calme, déterminé. Les policiers qui étaient déjà intervenus ont été appelés à nouveau. Ceux-ci après avoir parlé à l'assuré afin de tenter de le faire sortir, sentant des vapeurs d'essence, ont fait intervenir avec notre accord, les pompiers, des ambulanciers et le corps de police d'intervention, soit un total de 18 personnes qui ont été mobilisés pendant 4 heures au cabinet.

Le personnel travaillant au CMPC a été témoin de ces faits. L'assuré, délogé par force par la police, à nouveau calme, a été amené au poste de police.

2. Quel est votre point de vue sur le motif d'hospitalisation évoqué par le médecin assistant de Cery?

Un risque hétéro-agressif était effectivement présent. En ce qui concerne la menace suicidaire, l'assuré a surtout exprimé la menace de mettre le feu au cabinet.

3. L'assuré disant toujours se déplacer avec ses cannes, était-ce également le cas lorsqu'il est venu à deux reprises dans votre cabinet, le 25.1.2007?

Oui, ce qui ne l'a pas empêché de se déplacer extrêmement rapidement pour aller s'enfermer dans le petit bureau. Il en est sorti en les oubliant.

4. Avez-vous une opinion sur les diagnostics indiqués dans le rapport de Cery, notamment sur état de stress post-traumatique qui a été réfuté par vous-même, ainsi que tous les médecins de la SUVA?

Le terme d'état de stress post-traumatique nous paraît largement abusif, et n'a été reconnu par aucun des médecins qui l'a examiné, ni même à la SUVA et aucun trouble psychiatrique n'a été relevé, à l'exception de ses médecins traitants (Dr L. _____ et N. _____).

Au contraire, les différents intervenants ont signalé un sujet revendicateur, véhément, souvent désagréable (rapport du Dr C. _____ du 28.2.2006 à la suite de la visite médicale: "mes deux interlocuteurs sont vindicatifs et assez fâchés (...) ils s'inquiètent de qui va continuer à prendre en charge (...) Lorsque je lui signale que les médecins pensent qu'il peut les (les cannes) abandonner, il me rétorque qu'il le fera si nous lui donnons un fauteuil roulant". Le Dr W. _____ note quant à lui dans son rapport: "Monsieur I. _____ refusant pratiquement de quitter mon bureau avant que ne soient pratiqués d'autres examens complémentaires".

En d'autres termes, ce sujet est de longue date quérulent, revendicateur et menaçant. Ce rapport de Cery n'apporte aucun élément nouveau. On ne peut que s'étonner que le diagnostic d'état dépressif majeur sévère soit retenu; il paraît probable qu'il s'agit d'une réaction "adaptative" au fait survenu le 25.1.2007 et aussi que l'assuré soit manifestement en colère contre D. _____ qui a interrompu le versement de ses prestations.

Enfin, leur examen clinique sommaire (4 lignes) ne permet pas de comprendre pour quelle raison le diagnostic d'"état dépressif sévère" est retenu l'examen clinique mentionne une "thymie triste, tension interne importante. Il ne décrit plus d'idées suicidaires, mais dit pouvoir tuer l'expert par pistolet". Outre les plaintes somatiques, il n'y a aucun élément d'ailleurs qui puisse permettre de retenir un état de stress post-traumatique.

Enfin, l'assuré a toujours paru très maître de ses actes, ne présentant pas un état perturbé comme on serait en droit de l'attendre lors d'un état dépressif sévère.

5. Y a-t-il dans ce rapport des éléments médicaux nouveaux et importants permettant de s'écarter de vos conclusions?
Non."

Par décision sur opposition du 15 octobre 2007, D. _____ a confirmé sa décision du 23 janvier 2007.

B. I. _____ a recouru contre cette décision en concluant à son annulation, l'intimée étant sa débitrice de la somme de 45'322 fr. 75 pour la période du 1^{er} février au 30 novembre 2007 avec intérêts à 5% l'an dès

la date moyenne du 1^{er} juillet 2007, période subséquente réservée, selon précisions à donner le cas échéant en cours d'instance.

Il a notamment produit un rapport d'expertise effectuée les 21 et 28 août 2007 à la demande de l'OAI par les Dresses V._____ et T._____ du CEMED, dont on extrait ce qui suit:

"Situation actuelle:

VI. Synthèse et discussion

Rappel de l'histoire médicale

Monsieur I._____ est un assuré bosniaque de 48 ans, en Suisse depuis 1995 en raison de la guerre en ex-Yougoslavie. Il est marié à une compatriote de son âge, il est père de deux fils indépendants.

De formation grutier dans son propre pays, en Suisse il exerce l'activité de plâtrier.

Le 20 juin 2005 il chute d'une échelle d'une hauteur de 3 mètres avec pour conséquence une fracture pertrochantérienne droite qui est ostéosynthésée par vis DHS.

L'évolution est tout à fait favorable du point de vue des orthopédistes, avec consolidation dans les temps. Mais l'assuré développe un état douloureux chronique essentiellement du rachis et du MID, ainsi qu'un état dépressif pour lequel il est hospitalisé en janvier 2007 à Cery. Il n'a dès lors pas repris son activité professionnelle.

Situation actuelle:

Sur le plan somatique, on peut retenir les plaintes essentiellement sous forme de douleurs du rachis lombaire et de la face latérale de la hanche droite, ainsi qu'une impossibilité à marcher sans cannes depuis l'accident. Objectivement l'examen clinique montre une discrète raideur du rachis lombaire et cervical, une discrète restriction de mobilité de l'articulation de la hanche droite, mais radiologiquement l'articulation de la hanche est normale. On relève par contre de l'arthrose modérée du rachis lombaire. L'assuré n'ayant pas de douleurs cervicales il n'a pas été effectué de radiographies, l'arthrose cervicale étant fréquente dans la population générale ces radiographies n'auraient pas apporté de renseignements pertinents.

En conclusion, du point de vue rhumatologique, on retient des troubles dégénératifs du rachis, moyens à sévères, si l'on tient compte de l'âge biologique du patient et une hanche normale, mais restée douloureuse pour des raisons indéterminées. A l'examen clinique, on relève une tendance à la démonstration, voire l'exagération.

Dans une profession du bâtiment, comme celle de plâtrier, l'assuré est capable de travailler à 50%, et dans une profession adaptée il est capable de travailler à 100%. La profession adaptée implique qu'il ne porte pas de charge de plus de 5-8 kg, rarement 10 kg, et qu'il évite les flexions antérieures du tronc, et qu'il puisse alterner position assise et debout relativement librement.

Sur le plan psychique, l'expertisé présente depuis juin 2005 des troubles objectivés par ses thérapeutes ambulatoires et les observations contenues dans la lettre de sortie de l'hôpital

psychiatrique de Cery. Il s'agit d'une admission d'office et d'une première hospitalisation psychiatrique pour risque hétéro-agressif et menaces suicidaires par immolation.

Le Post Traumatic Checklist Scale avec un score à 59 est fortement suggestif d'un état de stress post traumatique, les réponses sont congruentes avec celles données à l'anamnèse. Les items en relation avec des intrusions sont plus fortement cotés, notamment les souvenirs envahissants, les cauchemars, les réminiscences ainsi que les évitements.

L'anamnèse, l'observation et les tests mettent ainsi en évidence un état de stress post traumatique en relation avec la guerre en ex-Yougoslavie, probablement en rémission partiel avant l'accident de 2005, mais réactivé par celui-ci, La situation actuelle est devenue chronique, se traduisant par une évolution de cet état de stress post-traumatique vers une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

La réactivation d'un état de stress post-traumatique antérieur ainsi que le développement tardif de modification de la personnalité sont connus de la littérature, ceci notamment lorsque plusieurs situations traumatisantes se sont succédées, ce qui est le cas chez l'assuré qui a également subi des maltraitements durant l'enfance.

Les autres questionnaires montrent plus des sentiments de perte de soutien social et de précarité importante, d'un impact important de son état de santé sur son fonctionnement, ainsi qu'un fort degré de dépendance. Ceci est probablement la conséquence d'un certain retrait social en relation avec sa méfiance, son manque d'envie, sa perte d'intérêt et son comportement passif. A noter que l'assuré ne décrit pas de vie sociale personnelle, mais uniquement avec son épouse, tout en disant que cela lui suffit.

Le caractère rigide du trouble qui est devenu chronique, l'évolution défavorable et l'incapacité de l'expertisé de s'adapter à son environnement socioprofessionnel font que l'exigibilité au travail est devenue nulle. Les possibilités de traitement sont épuisées, mais un soutien psychiatrique à long terme est nécessaire, avec une médication appropriée, ce qui d'ailleurs a déjà été mis en place par le Dr N. _____ psychiatre et Madame X. _____, psychologue les deux thérapeutes respectifs de M. I. _____."

Les experts posent les diagnostics suivants:

"Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail:

- Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0).
- Lombalgies sur troubles dégénératifs, depuis mai 2005.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail:

- HTA traitée, depuis.
- Ulcère gastrique anamnestique depuis.
- Status après fracture pertrochantérienne droite traitée par vis DHS, mai 2005."

Selon les experts, sur le plan somatique, la capacité de travail est de 50% dans la profession de plâtrier depuis un an après l'accident et

de 100% dans une activité adaptée. Sur le plan psychique, la capacité est nulle depuis l'accident.

Le recourant a également produit un complément d'expertise demandé au CEMED par l'OAI et établi le 12 décembre 2007 par la Dresse T. _____ selon lequel:

"1) Quels sont les éléments biographiques détaillés de l'assuré répondant à ce que la CIM-10 entend par "stress catastrophique" à l'origine d'un état de stress post-traumatique?

En préambule, notre diagnostic de PTSD chez cet expertisé se base avant tout sur la symptomatologie présente lors de l'expertise. L'étiologie multifactorielle du PTSD, le fait qu'il ne s'agisse pas d'une pathologie monolithique a ensuite guidé notre hypothèse diagnostique. Bien que le manuel diagnostique auquel nous nous référons soit la CIM-10, la littérature et le DSM IV admettent qu'une expérience traumatique avec atteinte à l'intégrité corporelle peuvent également servir de point de départ du PTSD. Le "stress catastrophique" que l'expertisé a vécu se trouve décrit ci-dessous.

Les éléments biographiques significatifs chez cet expertisé sont les suivants: Il s'agit d'un enfant jadis mal traité et battu, sujet à la violence et la négligence. Il a quand même réussi sa scolarité et l'apprentissage du métier de grutier. Il se marie à 21 ans aura deux fils, un métier, lorsqu'en 1989, lors d'un accident de grue, il provoque la mort de deux personnes sur le chantier.

Il est lui-même traumatisé et part en Irak. La première guerre du Golfe en 1990 le prive de son travail dans ce pays et il rentre en Bosnie. Mais au lieu de pouvoir se réintégrer à nouveau dans son milieu, la guerre éclate en Bosnie. Il reste dans son pays pendant toute la guerre, certains de ses proches meurent, certains sont blessés. Son fils de 15 ans est blessé à l'oeil et il sera soigné en Suisse en 1995.

Lors de cette démarche, M. I. _____ demande l'asile politique et l'obtient. Il fera venir le reste de sa famille. Il travaillera jusqu'à son accident de chantier en juin 2005.

On remarque dans ce passage que chaque fois que l'expertisé réussit à braver une difficulté majeure dans sa vie, un choc l'attend par la suite. Il est victime de maltraitance, assiste impuissant à la mort de deux hommes sur le chantier, est confronté à deux guerres, puis encore à la mort de proches et aux blessures de son fils. Lui-même se blesse sur un chantier en Suisse en tombant d'une échelle d'une hauteur de 3 m.

Les facteurs de risque pour développer un PTSD sont donc présents. Son appareil psychique durement mis à contribution se décompense lors de sa chute en 2005.

2) Quand l'état de stress post-traumatique s'est-il déclaré?

Dans un article d'Ariel Shalev on peut lire que le PTSD peut être l'issue finale de tous les accidents, même fréquents et brefs (accident de la circulation, de montagne) et dans le cas qui nous préoccupe, accident de chantier.

L'avant accident de M. I. _____ étant constitué de plusieurs facteurs de risque, sa chute intervient comme une rupture de son équilibre maintes fois reconstruit et maintes fois défait.

A notre avis, c'est bel et bien la chute en juin 2005 qui constitue le point de départ du PTSD. Mais, on connaît aussi l'apparition différée du PTSD, ce qui expliquerait que lors de son séjour à la Clinique Romande de réadaptation en octobre 2005 le psychiatre consultant n'ait pas retenu de diagnostic psychiatrique. L'expertisé lui-même ne rendait pas la tâche facile en focalisant tout sur sa jambe douloureuse.

3) Pourquoi ne devient-il invalidant qu'en 2005 dans les suites d'une chute qui ne correspond en rien à un stress catastrophique?

Comme dit précédemment, les catastrophes se sont accumulées par le passé dans l'histoire de l'expertisé et constituent un facteur de risque pour le développement d'un PTSD. L'accident relativement mineur a déstabilisé le psychisme de M. I. _____ qui a évolué vers un PTSD. Celui-ci a comme co-morbidité la dépression majeure chez 47.9% d'hommes et 48.5% de femmes et une telle dépression dans les suites d'un PTSD augmente la probabilité de développer un PTSD chronique avec comme conséquence, une modification durable de la personnalité. Le diagnostic posé à la sortie de l'Hôpital psychiatrique de Cery où il a séjourné pendant près de 2 mois entre janvier et mars 2007 a été celui d'un épisode dépressif majeur et d'un état de stress post traumatique. Cette co-morbidité confirmerait l'hypothèse d'une évolution vers un PTSD chronique. Les symptômes tels que décrits dans l'expertise ainsi que les tests effectués chez nous confirment ce diagnostic.

Remarques: cette expertise aura été un en outre un "test" pour M. I. _____ qui a menacé de mort l'expert précédent, le Dr B. _____. Son impulsivité et le risque de passage à l'acte ont été abordés, traités et vérifiées à Cery par des tests comme le HCR-20 qui évalue le risque de violence. Le pronostic à sa sortie était bon. Néanmoins, la personnalité de l'expertisé se trouve durablement modifiée."

Dans sa réponse, D. _____ a conclu au rejet du recours et au renvoi de la cause à elle-même pour instruction complémentaire. Elle a requis une expertise, estimant en substance que l'expertise du CEMED n'est pas probante, notamment parce qu'elle se fonde essentiellement sur les résultats de tests, résultats qui ne sont par la suite pas mis en relation avec des événements de la vie de l'assuré et par conséquent pas corroborés par des faits vérifiables. Elle ajoute qu'il n'est fait aucune référence aux douleurs ou souffrances exprimées par l'assuré quand, d'un autre côté celui-ci se déclare satisfait de sa situation actuelle et en enfin qu'il n'est pas démontré que le seuil critique de douleur et de souffrance que doit raisonnablement assumer un assuré pour pouvoir prétendre à une incapacité de travail soit atteint. Quant à l'expertise du Dr B. _____, elle relève qu'il n'a pas développé suffisamment de chapitre concernant

les plaintes de l'assuré et a fait preuve de légèreté, les autres critères posés par la jurisprudence étant remplis et l'expertise du Dr B. _____ semblant plus étoffée d'un point de vue médical que celle du CEMED. Enfin, se fondant sur l'art. 21 al. 5 LPGA, elle estime qu'aucune indemnité journalière n'est due, le recourant n'ayant pas subi de perte de gain pendant celle-ci.

Le recourant a maintenu son avis dans sa réplique et augmenté ses conclusions.

Dans sa duplique l'intimée soutient que l'expertise du CEMED ayant été effectuée après que la décision attaquée a été rendue, il ne saurait en être tenu compte dans le présent litige. Elle soutient en outre que l'expertise du Dr B. _____ remplis les critères posés par la jurisprudence et que l'on ne saurait s'en écarter.

Le 3 juillet 2008, le recourant a produit un projet d'acceptation de rente de l'OAI du 30 juin 2008 mentionnant notamment ce qui suit:

"Depuis le 21 juin 2005 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Selon les renseignements en notre possession, vous travaillez en qualité d'employé (peintre) chez [...] SA à [...] depuis le 7 janvier 2002.

A réception des pièces médicales en notre possession, votre dossier a été soumis au Service médical régional pour un examen. Ne pouvant se déterminer, nous avons mandaté le CEMED (centre d'expertise médicale) à Nyon en vue de l'établissement d'une expertise pluridisciplinaire. A réception de l'expertise en question ainsi qu'un complément demandé par la suite, le dossier a refait l'objet d'un examen auprès du Service médical régional et nous constatons que votre incapacité de travail est complète.

A l'échéance du délai de carence précité, votre incapacité de travail et de gain est complète. Notre décision est par conséquent la suivante:

Dès le 21 juin 2006, vous avez droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100%."

Dans ses écritures des 17 juillet et 15 octobre 2008, l'intimée soutient notamment que le projet de décision rendu par l'OAI n'a pas à être pris en considération dès lors qu'il a été rendu après la décision attaquée. Elle admet que des indemnités journalières sont dues pendant l'hospitalisation du recourant à l'Hôpital de Cery. Au surplus elle s'en

remet aux conclusions du Dr B._____, dont elle a demandé la comparution en qualité de témoin.

Dans son écriture du 4 novembre 2008, le recourant s'est opposé à l'audition du Dr B._____ en qualité de témoin.

Le recourant a précisé ses conclusions en ce sens que D._____ lui doit immédiat paiement d'indemnités journalières complètes pour la période du 1^{er} mai 2006 au 19 avril 2008 dont à déduire l'éventuelle surindemnisation avec les prestations des assureurs sociaux, plus intérêts dès la date moyenne du 1^{er} juillet 2007, le dossier étant renvoyé à l'intimée en l'invitant à procéder au décompte final, compte tenu d'une éventuelle surindemnisation.

C. Le dossier de l'OAI a été produit. Il en résulte notamment un rapport médical établi le 29 mai 2007 par le Dr N._____, qui pose les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants:

- Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.
- Séquelles de l'état de stress post-traumatique.
- Syndrome douloureux somatoforme.
- Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques.

Il estime l'incapacité de travail à 100% à partir de juin 2005 pour une durée indéterminée. Il relève qu'après une période de stabilisation, il a constaté une dégradation progressive de l'état psychique du recourant qui l'a finalement conduit à être hospitalisé fin janvier 2007. Le recourant a séjourné à l'hôpital psychiatrique de Cery pendant un mois et demi pour un trouble des conduites (risque auto- et hétéro-agressif) déclenché suite à la communication du résultat d'expertise qui avait été effectué à la demande de son assurance maladie, ainsi que pour une dépression sévère. Le pronostic est actuellement difficile à préciser vu l'aggravation de l'état psychique du recourant et l'apparition de nouveaux symptômes depuis l'accident il y a 23 mois. En effet, l'identité du patient semble se définir exclusivement à travers son travail. La perte de sa

capacité de travail a causé une altération du sens qu'il donne à sa vie. La modification durable de la personnalité chez ce patient est à considérer à la fois comme une séquelle chronique de l'état de stress post-traumatique et comme un deuil non encore élaboré. Ceci a amené une certaine discordance entre ses activités motrices et ses capacités réelles. Dans cette perspective, tout pronostic va dépendre de l'éventuelle capacité du patient à élaborer ses deuils et à développer un autre sens à sa vie.

D. Par ordonnance du 3 mars 2009, le juge instructeur a rejeté la requête d'audition du Dr B. _____.

E n d r o i t :

1. A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui a succédé au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. Selon une jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362, consid. 1b; cf. aussi ATF 131 V 243, consid. 2.1), les règles

applicables étant celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 447, consid. 1.2.1; 127 V 467, consid. 1). Conformément à ces principes, il y a lieu d'examiner la situation en fait et en droit qui existait au 15 octobre 2007.

En conséquence, le présent arrêt ne peut porter que sur l'octroi ou le refus de prestations jusqu'à la date de la décision attaquée. Les conclusions du recourant portant sur une période postérieure à cette date, ne peuvent dès lors être prises en considération. En revanche, l'expertise du CEMED ainsi que les rapports des Drs N. _____ ainsi que S. _____ et K. _____, bien qu'établis après la décision attaquée permettent d'apprécier les circonstances au moment où cette décision a été rendue. Il y a dès lors lieu d'en tenir compte (cf. ATF 99 V 102 et les arrêts cités; TF 9C_441/2007 du 6 mai 2008).

3. a) Selon l'art. 72 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10), l'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées. Ils peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité (al. 1). Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA). A défaut d'accord contraire, le droit prend naissance le troisième jour qui suit le début de la maladie. Le versement des prestations peut être différé moyennant une réduction correspondante du montant de la prime. Lorsque la naissance du droit à l'indemnité journalière est subordonnée à un délai d'attente convenu entre les parties, durant lequel l'employeur est tenu de verser le salaire, ce délai peut être déduit de la durée minimale du versement de l'indemnité journalière (al. 2). Les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours. L'art. 67 LPGA n'est pas applicable (al. 3). En cas d'incapacité partielle de travail, une indemnité journalière réduite en conséquence est versée pendant la durée prévue à l'al. 3. La couverture d'assurance est maintenue pour la capacité de travail résiduelle (al. 4). Selon l'art. 72 al. 5 LAMal, lorsque les indemnités journalières sont réduites par suite d'une surindemnisation au sens de

l'art. 78 LAMal et de l'art. 69 LPGA, la personne atteinte d'une incapacité de travail a droit à l'équivalent de 720 indemnités journalières complètes. Les délais relatifs à l'octroi des indemnités journalières sont prolongés en fonction de la réduction (al. 5).

Les al. 2 à 5 de l'art. 72 LAMal sont impératifs (ATF 129 V 51).

Selon l'art. 78 LAMal, le Conseil fédéral peut régler la coordination des indemnités journalières; il veille à ce que les prestations de l'assurance-maladie sociale ou leur concours avec celles d'autres assurances sociales ne conduisent pas à la surindemnisation des assurés ou des fournisseurs de prestations, notamment en cas d'hospitalisation. Selon l'art. 69 LPGA, le concours de prestations des différentes assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation de l'ayant droit. Ne sont prises en compte dans le calcul de la surindemnisation que des prestations de nature et de but identiques qui sont accordées à l'assuré en raison de l'événement dommageable. Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations sociales légalement dues dépassent, du fait de la réalisation du risque, à la fois le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé, les frais supplémentaires et les éventuelles diminutions de revenu subies par les proches. Les prestations en espèces sont réduites du montant de la surindemnisation. Sont exceptées de toute réduction les rentes de l'AVS et de l'AI, de même que les allocations pour impotents et les indemnités pour atteinte à l'intégrité. Pour les prestations en capital, la valeur de la rente correspondante est prise en compte.

4. Il y a lieu d'examiner la question de la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique.

L'expert B. _____ conclut à une capacité de travail entière. On ne saurait comme le soutient le recourant considérer son rapport d'expertise comme devant être écarté dès lors qu'il a été rédigé après l'incident du 25 janvier 2007 qui a eu lieu au cabinet de l'expert. En effet, celui-ci avait communiqué ses conclusions à l'intimée avant cet incident. C'est d'ailleurs parce que l'intimée avait refusé de poursuivre le versement

des indemnités journalières en se fondant sur ces conclusions que le recourant s'est rendu au cabinet de l'expert B. _____ et que l'incident a eu lieu. En revanche, on ne peut tenir compte du complément d'expertise effectué par le Dr B. _____ le 8 août 2007. En effet, le rapport a été établi après l'incident du 25 janvier 2007. Or un tel événement est de nature à mettre en doute l'impartialité de l'expert, ce qui crée une apparence de prévention de la part de celui-ci vis-à-vis du recourant.

La Dresse T. _____ retient notamment le diagnostic de modification durable de la personnalité, les Drs L. _____, S. _____ et K. _____ retenant celui d'état de stress post-traumatique. Pour poser ce diagnostic, la Dresse T. _____ a expliqué avoir pris en compte différents événements révélés par l'anamnèse, à savoir que le recourant a été maltraité pendant l'enfance, qu'il y a eu un grave accident entraînant la mort de deux personnes alors qu'il actionnait une grue, que travaillant par la suite en Irak, il a dû fuir la guerre et retourner dans son pays où a eu à nouveau lieu une guerre au cours de laquelle certains de ses proches ont été tués et l'un de ses fils blessés, le recourant vivant dans une région proche de Srebrenica. Ces différents éléments ne se retrouvent pas dans l'anamnèse de l'expertise du Dr B. _____ qui ne mentionne aucune maltraitance pendant l'enfance et se limite à mentionner que le recourant habitait dans un endroit proche de Srebrenica. L'expertise du Dr B. _____ apparaît ainsi incomplète. Elle est en outre en contradiction avec les faits, puisque le recourant a dû être hospitalisé plusieurs mois à l'hôpital de Cery après l'expertise, alors que le Dr B. _____ estimait que la capacité de travail de celui-ci était entière. Ses conclusions sont en outre en contradiction avec celles de la majorité des autres médecins consultés. En conséquence, l'expertise du Dr B. _____ ne peut être suivie.

L'expertise du CEMED comporte une anamnèse complète, fait état des plaintes du patient, et procède d'une étude approfondie du cas du recourant. Ses conclusions claires et bien motivées s'accordent avec celles des spécialistes, les Drs S. _____, K. _____ et N. _____. Elle a ainsi valeur probante.

Il y a dès lors lieu de retenir une incapacité de travail totale dès l'accident.

C'est donc à tort que l'intimée a cessé le versement des indemnités journalières qui sont dues à raison d'un taux de 100% d'incapacité de travail.

5. Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe.

Dans le cas présent, il n'y a pas 24 mois entre l'interruption du versement des indemnités journalières et la décision attaquée, de sorte que des intérêts moratoires ne sont pas dus.

6. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis dans son principe et la décision attaquée réformée en ce sens que l'intimée doit continuer à verser au recourant de pleines indemnités journalières au-delà du 31 janvier 2007 conformément à la loi.

Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). Des dépens, arrêtés à 2000 fr., sont alloués à I. _____ à la charge de D. _____ (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision attaquée est réformée en ce sens que de pleines indemnités journalières doivent être versées par D._____ à I._____ au-delà du 31 janvier 2007.

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

IV. Le présent arrêt est rendu sans frais.

Le président:

Le greffier:

Du

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

- Me Olivier Carré (pour I._____),
- D._____,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier: