

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 janvier 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : MM. Bidiville et Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

C._____, à [...], recourant,

et

S._____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 6 LPGA ; 67, 72 et 73 LAMal

E n f a i t :

A. C._____, né en [...], est agriculteur. A ce titre, il est affilié à S._____ SA (ci-après : S._____ SA, la caisse ou l'intimée), faisant partie de B._____, dans le cadre d'un contrat collectif des membres de la Fédération [...], notamment pour une indemnité journalière en cas d'incapacité de 100 fr., à compter du 31^{ème} jour d'incapacité de travail.

Le rapport d'IRM de l'épaule droite du 11 septembre 2009 du Dr K._____, spécialiste en radiologie auprès du Centre d'imagerie S._____ (ci-après : Centre d'imagerie S._____), contenait les conclusions suivantes:

«Importante déchirure complète du tendon sus-épineux avec rétractation musculaire et mise à nu de la tête humérale qui est surélevée. Bursite sous-acromio-deltoïdienne. Arthrose inflammatoire acromio-claviculaire. Toutes les images sont légèrement artéfactées en raison de petits mouvements du patient dans l'aimant.»

Dans son rapport d'imagerie « colonne lombaire face et profil » du 21 décembre 2010, le Dr Z._____, spécialiste en radiologie auprès du même centre d'imagerie, a posé la conclusion suivante:

«Anomalie de transition avec une lombalisation de S1. Discarthrose sévère L2-L3 et dans une moindre mesure L3-L4. Anthélisthésis de L5 sur S1 de degré I.»

Le 4 janvier 2011, la Dresse V._____, spécialiste en médecine générale, a établi un certificat médical à teneur duquel l'assuré présentait une incapacité de travail de 100% à compter du 29 novembre 2010 pour cause de maladie, pour une durée estimée à 8 semaines.

Les conclusions du rapport d'IRM lombaire du 26 janvier 2011 du Dr P._____, spécialiste en radiologie au Centre d'imagerie S._____, étaient les suivantes:

«Trouble statique et remaniements dégénératifs pluri-étagés du rachis lombaire.
Protrusion discale L4-L5 droite extrêmement latérale intra- et extraforaminale ainsi que postérolatérale entraînant une contrainte radiculaire L4 et L5 pouvant expliquer la clinique.
Discopathie L2-L3 et dans une moindre mesure L4-L5.
Pas de canal lombaire étroit secondaire.
Arthrose lombaire basse prédominant en L5-S1.»

A la suite de l'envoi de son certificat médical du 4 janvier 2011 à S.____ SA, la Dresse V._____ a été invitée par la caisse à compléter et retourner un rapport médical au Dr J._____, spécialiste en médecine générale et médecin-conseil de S._____ SA.

Donnant suite à cette requête le 7 mars 2011, le DrD._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de protrusion discale avec contrainte L4-L5, existant depuis l'automne 2010, de discopathie L2-L3 et L4-L5 et d'arthrose lombaire basse L5-S1. Il expliquait avoir adressé le patient à un neurochirurgien qui n'avait pas retenu d'indication opératoire, ainsi qu'à un rhumatologue. L'incapacité de travail avait été entière du 29 novembre 2010 au 13 mars 2011, puis à 50% à compter du 14 mars 2011. Le Dr D._____ précisait toutefois que la reprise à 50% était à confirmer par le rhumatologue consulté le 11 mars 2011. Il estimait enfin que le pronostic était difficile à évaluer, le patient étant très inquiet d'une récurrence en cas d'effort.

Le 14 mars 2011, le Dr G._____, rhumatologue auprès des Etablissements hospitaliers [...], a fait savoir au Dr D._____ qu'il avait examiné l'assuré le 11 mars 2011. Il a relevé que le patient souffrait de dorso-lombalgies épisodiques que l'on pouvait attribuer à des troubles statiques et dégénératifs et a retenu l'appréciation suivante:

«Nous sommes donc au décours d'une sciatalgie droite probablement L5 irritative sur une petite hernie discale très latérale en L4-L5 droite. Ce type d'hernie discale évolue souvent favorablement, sans sanction chirurgicale, ce jour le patient paraît peu symptomatique.

Dès lors, je lui ai proposé:

La reprise de son activité à 50% dès le 15 mars 2011 et ce jusqu'à fin avril vu la lourdeur de l'activité avec une reprise à 100% dès le 01.05.2011 [...].

Il a refusé la physiothérapie.

Je lui ai proposé de porter un Lombostat du commerce qu'il ira chercher chez Monsieur [...] à Yverdon lors d'activités particulièrement lourdes ou pratiquées en porte-à-faux antérieur.

On laisse en réserve une infiltration foraminale droite L4-L5, les anesthésistes du Centre d'imagerie S. _____ pourraient la pratiquer le cas échéant.

Actuellement la capacité de travail me paraît encore préservée, il n'est pas exclu que dans 5 à 6 ans ce patient ait droit à quelques prestations AI.»

L'assuré a été convoqué le 27 mai 2011 à un examen par le Dr J. _____, médecin-conseil de S. _____ SA. Dans un rapport médical du 30 mai 2011 établi suite à cet examen à l'attention du Dr D. _____, le Dr J. _____ a confirmé une reprise du travail à 50% le 2 mai 2011, en avalisant l'incapacité de travail totale certifiée du 15 avril au 1^{er} mai 2011 par le Dr D. _____. Le Dr J. _____ espérait une reprise du travail à 100% au 1^{er} juillet 2011, malgré une certaine réticence de l'assuré. Il a observé que l'examen du rachis était superposable à celui effectué par le Dr G. _____ le 14 mars 2011. Sur le plan neurologique, il ne notait aucun signe de compression radiculaire aux membres inférieurs. Les autres articulations étaient bien mobiles dans tous les axes. La fibrillation auriculaire suspectée n'avait pas été confirmée par les examens effectués le 27 mai 2011 par le Dr D. _____ (ECG et mini-test à l'effort).

Le 29 juillet 2011, le Dr D. _____ a fait savoir au Dr J. _____ que depuis son examen, l'assuré avait développé une douleur du talon qui l'handicapait à la marche et en fin de journée. Il avait donc remis son patient en incapacité de travail à 100% à compter du 8 août 2011.

Un visiteur de S._____ SA s'est rendu le 8 août 2011 au domicile de l'assuré. Selon son rapport, l'assuré a mentionné une hernie discale et de fortes douleurs dorsales pour justifier son 50% d'incapacité de travail, ainsi que des douleurs dans la jambe gauche, une gêne au niveau du talon, et une coiffe des rotateurs de l'épaule droite qui serait endommagée. Concernant les limitations dans le travail, le visiteur de S._____ SA a relevé que compte tenu de la pénibilité de celui-ci, il ne faisait nul doute qu'avec les problèmes dorsaux de l'assuré, une incapacité de travail partielle semblait justifiée pour les travaux lourds. Quant au traitement suivi, l'intéressé a mentionné qu'il se rendait une à deux fois par semaine à la physiothérapie, qu'il prenait des anti-inflammatoires et des anti-douleurs. Il a précisé qu'aucune opération n'était en vue mais qu'il existait plutôt la perspective d'infiltrations. A l'occasion de l'entretien, l'assuré a également indiqué travailler à 50% de sa capacité de travail et ne pas envisager de faire une autre activité que celle d'agriculteur. Le visiteur de S._____ SA a encore relevé qu'à aucun moment de l'entretien, l'intéressé n'avait mentionné une reprise à 100% dès le 8 août 2011.

Le 12 septembre 2011, le Dr D._____ a fait savoir au Dr J._____ qu'il maintenait l'arrêt de travail de l'assuré à 50%, en précisant que la pathologie orthopédique jouait un rôle cumulatif. Il faisait état d'une épine calcanéenne gauche difficile à soigner, d'une déchirure complète du tendon du sus-épineux droit, de douleurs de l'épaule gauche de compensation et de lombalgies persistantes.

S._____ SA a prié l'assuré de s'annoncer à l'assurance-invalidité par courriers des 3 août et 16 septembre 2011.

Par décision du 16 septembre 2011, S._____ SA s'est référée aux incapacités de travail retenues par son médecin-conseil, qui les avaient arrêtées distinctement en fonction des deux affections (1^{ère} affection : 100% du 29.11.2010 au 13.03.2011, 50% du 14.03.2011 au 14.04.2011, 100% du 15.04.2011 au 01.05.2011, 50%

du 02.05.2011 au 30.06.2011 ; 2^{ème} affection : 50% du 01.07.2011 au 07.08.2011). Sur cette base, S._____ SA a informé l'assuré que son incapacité débutée le 1^{er} juillet 2011 serait indemnisée comme suit:

«- du 01.07.2011 au 30.07.2011 soit 30 jours compris dans le délai d'attente
- du 31.07.2011 au 07.08.2011 soit 8 jours à Fr. 50.00 Fr. 400.00
Montant versé sur notre prochain décompte Fr. 400.00»

S._____ SA a convoqué l'assuré à un examen auprès de la Clinique H._____ le 6 octobre 2011 en vue d'une expertise. Le même jour, la Dresse N._____, rhumatologue, a fait savoir à S._____ SA que la reprise du travail était possible à 100% dès la date de l'examen, soit le 6 octobre 2011, avec 80 à 90% de rendement de manière définitive.

Le 10 octobre 2011, le Dr D._____ a écrit à S._____ SA pour préciser qu'il avait signalé au Dr J._____ le 29 juillet 2011 la douleur calcanéenne non pas en tant que pathologie supplémentaire, mais plutôt comme une affection à mettre certainement en lien avec la persistance de la contrainte radiculaire L4-L5 décrite par l'IRM. Il relevait que durant de nombreux mois, le patient avait gardé une boiterie et une crispation à la marche aboutissant à cette douleur du talon. On ne pouvait dès lors parler de la fin d'une pathologie et du début d'une nouvelle pathologie, l'affection calcanéenne étant venue en plus de l'atteinte lombaire et ne pouvant que ralentir son évolution, raison pour laquelle il l'avait communiquée au Dr J._____.

Le 10 octobre 2011, l'assuré a subi une IRM de l'épaule gauche. Le radiologue a posé les conclusions suivantes:

«Bonne trophicité musculaire avec cependant déchirure transfixiante incomplète du tendon du sus-épineux.
Déchirure partielle de la partie distale du tendon du sous-scapulaire.
Arthrose acromio-claviculaire.»

Par courrier du 11 octobre 2011, S._____ SA a fait savoir à l'assuré que dans la mesure où il apparaissait qu'une reprise du travail était possible à 100% dès le 6 octobre 2011 avec un rendement de 80 à 90%, elle mettrait un terme à ses prestations le 12 octobre 2011.

L'assuré a subi le 12 octobre 2011 une arthro-IRM de l'épaule droite. Dans son rapport du 14 octobre 2011, la Dresse L._____, cheffe de clinique au Service de radiologie des Etablissements hospitaliers [...], a posé les conclusions suivantes:

«Rupture sub-totale des tendons des muscles supra et intra-épineux avec rétractation tendineuse et atrophie musculaire stade II selon Goutallier du supra-épineux et stade IV pour le muscle infra-épineux.
Arthrose acromio-claviculaire assez marquée.»

Le 14 octobre 2011, l'assuré a formé opposition à la décision de S._____ SA du 16 septembre 2011, en expliquant en substance qu'il n'y avait pas lieu d'appliquer un nouveau délai de carence, dans la mesure où son affection actuelle résultait toujours de l'affection qui avait débuté le 29 novembre 2011 [recte : 2010].

Le 1^{er} novembre 2011, le Dr D._____ a informé le Dr J._____ que l'assuré allait être opéré le 23 novembre 2011 de l'épaule gauche, ce qui allait conduire à un arrêt complet de travail. Pour le Dr D._____, son patient présentait toujours une incapacité de travail de 50%. Il a joint à son envoi un courrier du Dr F._____, médecin chef au service d'orthopédie des Etablissements hospitaliers [...], du 18 octobre 2011, qui posait les diagnostics de rupture transfixiante du tendon du sus-épineux tout juste réparable à droite et de rupture transfixiante du tendon du sous-épineux et sous-scapulaire à gauche, réparable. Le Dr F._____ faisait l'appréciation suivante du cas:

«Ce patient présente des douleurs de son épaule gauche dans le cadre d'une rupture transfixiante du tendon sus-épineux tout à fait réparable, entre-temps, rupture du tendon du long chef du biceps. En raison des douleurs à gauche, j'ai proposé au patient une réparation arthroscopique par réparation du tendon

sus-épineux par technique double rangée, acromioplastie, + ou - réparation du tendon sous-scapulaire. Les tenants et aboutissants d'une telle intervention ont été expliqués au patient qui désire une prise en charge fin novembre. En ce qui concerne le côté droit, sa lésion est tout juste réparable, si on veut préserver son épaule je pense qu'il serait plus judicieux de réparer cette épaule droite. Je lui ai également expliqué les suites au niveau de cette épaule droite et nous verrons pour une prise en charge après l'épaule gauche.»

Le 4 novembre 2011, S._____ SA a fait savoir à l'assuré que dans la mesure où son expert préconisait une reprise du travail à 100% le 6 octobre 2011, elle se réservait de refuser la prise en charge de l'incapacité de travail consécutive à l'intervention du 23 novembre 2011, si elle n'était pas indiquée.

Le 5 novembre 2011, l'assuré a contesté la décision de S._____ SA de mettre un terme à ses indemnités journalières au 12 octobre 2011, en rappelant que son dos le faisait souffrir, qu'il présentait une affection au niveau du talon et que les radiographies avaient montré une lésion importante au niveau des épaules nécessitant une intervention chirurgicale.

La Clinique H._____, sous la signature de la rhumatologue N._____, a communiqué à S._____ SA son rapport d'expertise du 7 novembre 2011. Dans ce cadre, les diagnostics suivants ont été retenus avec incidence sur la capacité de travail:

- rupture transfixiante du tendon du sus-épineux droit associée à une arthropathie acromio-claviculaire, état actuel stable, avec suspicion de tendinopathie de l'épaule gauche;
- lombo-sciatique L5 droite par protrusion discale foraminale L4-L5 droite;
- épine calcanéenne gauche.

Sans incidence sur la capacité de travail, la Dresse N._____ a retenu les diagnostics d'hypertension artérielle, de surcharge pondérale et d'hypercholestérolémie. La rubrique «discussions et synthèse» du rapport a la teneur suivante:

«L'experte se trouve en face de Monsieur C. _____, travaillant depuis son enfance dans le domaine agricole et actuellement, en qualité d'exploitant agricole indépendant. Il s'agit d'un homme de 54 ans, cumulant différents problèmes familiaux. L'expertisé souffre de lombo-radiculalgies très mal systématisées avec une discordance sur la latéralisation, mais lesquelles semblent stabilisées. L'atteinte au niveau du calcanéum est actuellement en traitement, le port de la talonnette non retrouvé.

Par contre, il existe une pathologie importante au niveau de l'épaule droite, et une suspicion de tendinopathie à gauche, laquelle n'est finalement pas confirmée à lecture d'une nouvelle pièce reçue après l'examen du 6 octobre 2011.

1. FACTEURS NON MÉDICAUX SUSCEPTIBLES D'INTERFÉRER AVEC LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

- âge
- problèmes familiaux
- difficultés financières

Commentaire: l'âge de l'assuré peut être considéré comme un facteur pouvant interférer avec la capacité de travail. Cependant, il a clairement indiqué son envie de reprendre cet emploi qu'il a exercé depuis l'enfance. Il semble également qu'il ait des difficultés financières lesquelles pourraient être source d'une volonté inconsciente de percevoir des prestations de l'assurance. Enfin, le psychisme de l'intéressé semble être influencé par les problèmes familiaux au vu de l'agressivité verbale, l'irritabilité et une éventuelle symptomatologie dépressive retrouvée au cours de l'entretien. En effet, il existe de nombreux facteurs surajoutés tels que le décès de ses parents un an auparavant, le cancer du sein de sa femme il y a deux ans, et le départ de ses deux filles de l'exploitation agricole.

2. SYNTHÈSE

a. Signes cliniques et paracliniques principaux

Sur un terrain de lombalgies chroniques anciennes est apparu une lombo-sciatalgie droite en septembre 2010, responsable d'une mise en arrêt de travail dès le 29 novembre 2010. L'imagerie a mis en évidence des lésions dégénératives étagées en L2-L3 et L3-L4 avec un antélisthésis en L5-S1 et une lombalisation de S1. Une IRM complémentaire a montré outre un hémangiome de L3, une protrusion foraminale L4-L5 droite avec un conflit sur la racine L4-L5 gauche. Cependant, à l'examen clinique, on ne retrouve pas un signe de LASEGUE mais davantage des signes en faveur d'une arthrose interapophysaire postérieure.

L'experte souligne également que bien que l'entretien ait été difficile à mener, celui-ci reste très discordant notamment sur la latéralisation de la radiculalgie ou les dates réelles d'apparition des plaintes respectives.

Il existe également une douleur de l'épaule droite, évoluant depuis juin 2009 suite à un choc par traumatisme direct, ayant entraîné une rupture transfixiante du sus-épineux, pour laquelle une chirurgie initiale avait été récusée, mais en cours d'investigation complémentaire auprès du Docteur F. _____,

chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au vu d'une éventuelle sanction chirurgicale. Il existe également des douleurs de l'épaule controlatérale, par compensation, avec suspicion d'une atteinte devant également être investiguée.

Plus récemment, depuis l'été 2011, l'assuré se plaint d'une douleur du talon gauche en rapport avec une épine calcanéenne en cours de traitement par ondes de choc focales.

b. Etat actuel, interactions et évolution prévisible

L'état actuel pour ses trois pathologies distinctes est stable, sur des lésions maintenant anciennes, mais il est possible que les douleurs et les plaintes s'amplifient du fait du contexte environnant de surcharge et de stress.

c. Résumé des limitations

L'intéressé est essentiellement gêné dans les mouvements en force (accouplement des machines) et des vendanges (les arrêts de travail sont souvent générés par le mois de septembre).

3. LIMITATIONS ET CAPACITÉ DE TRAVAIL DANS LE DERNIER EMPLOI

Limitations locomotrices

Les limitations sont:

- la station debout prolongée.
- la marche prolongée.
- le port de charges légères (jusqu'à 10 kg occasionnellement et/ou <5 kg souvent).
- les mouvements en porte-à-faux lombaire.
- les mouvements répétitifs des épaules.
- la conduite d'engins vibrants.

Date de reprises de travail, pourcent horaire, rendement relevant des indemnités journalières en cas de maladie

Les incapacités devant être fixées par type d'atteintes, celles-ci se décomposent ainsi:

Pour les pathologies des épaules:

Capacité de travail horaire entière, mais avec une diminution de rendement de 10 à 20%, sous réserve des futurs résultats d'investigations médicales.

Pour la lombo-sciatique:

- 100% d'incapacité de travail à partir du 29 novembre 2010.
- 50% d'incapacité de travail dès le 15 mars 2011.
- Reprise totale au 1^{er} mai 2011, soit 100% de capacité de travail.

Pour l'épine calcanéenne:

50% d'incapacité de travail à partir du 1^{er} juillet 2011.

100% de capacité de travail au jour de la présente expertise, soit dès le 6 octobre 2011.

4. LIMITATIONS ET CAPACITÉ DE TRAVAIL DANS UN EMPLOI ADAPTÉ

En raison de l'intrication des diverses pathologies, les limitations concernent le port de charges jusqu'à 10 kg occasionnellement, la conduite d'engins vibrants et la station debout ainsi que la marche prolongée. Dans une activité adaptée à l'ensemble des diagnostics rapportés, la capacité de travail reste entière.

5. REMARQUES

Le rapport de la présente expertise allait être expédié lorsque nous avons reçu un rapport complémentaire établi par le Docteur F. _____, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Nous avons indiqué que le résultat de l'arthro-IRM et des images devait être fourni pour pouvoir donner notre avis.

Cependant, eu égard à la proche opération de l'assuré, nous vous communiquons notre avis. Pour ce faire, nous avons sollicité un avis sur dossier à un confrère, le Docteur M. _____, chirurgie de l'épaule, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Au niveau de l'épaule droite, l'IRM de 2009 a montré une rupture rétractée à la glène du sus-épineux avec ascension de la tête humérale, ce qui traduit a priori une lésion sous associée du sous épineux.

Il existe en amont une dégénérescence musculaire grasseuse stade II de GOUTALLIER. Sachant que celle-ci a tendance à s'aggraver avec le temps, il est nécessaire de réaliser un nouvel examen type arthro-IRM. Il est très peu probable que cette rupture massive rétractée à la glène soit aujourd'hui réparable. Cet examen a été décrit mais non fourni, ni en texte ni imagerie.

Un traitement conservateur basé sur une musculation quotidienne des abaisseurs de la tête humérale est donc fortement conseillé, d'autant plus que l'examen clinique a retrouvé une élévation antérieure active physiologique à 180 degrés et une manoeuvre de JOBE négative.

Il apparaît donc que la qualité musculaire de l'expertisé rend tolérable sur le plan fonctionnel cette rupture massive irréparable de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite dominante.

En ce qui concerne l'épaule gauche non dominante, il semble qu'il existe une rupture transfixiante du sus-épineux associée à une désinsertion du sous-scapulaire et une rupture de la longue portion du biceps, et non une simple tendinopathie, comme suspectée par ma Consœur lors de son examen rhumatologique.

N'ayant pas vu les clichés de l'arthro-IRM réalisée en octobre 2011, nous ne connaissons pas, d'une part le degré de rétraction des tendons sus-épineux et sous-scapulaire, et d'autre part le degré de dégénérescence musculaire grasseuse en amont.

Il existe en effet un consensus international qui contre-indique les réparations chirurgicales chez un adulte de 54 ans, travailleur manuel, dont le degré de dégénérescence grasseuse dépasse le stade II.

Par ailleurs, une désinsertion rétractée et ancienne du tendon du sous-scapulaire est très difficile à réparer, imposant une chirurgie conventionnelle à ciel ouvert et donc par définition beaucoup plus morbide.

L'existence d'une rupture massive rétractée de la coiffe des rotateurs de l'épaule controlatérale, l'âge d'un assuré travailleur manuel, un profil psychologiquement fragile actuellement sont des facteurs objectifs qui doivent rendre très prudent pour ce qui concerne une réparation chirurgicale.

Il faut savoir que la rééducation post-opératoire représente 50% du résultat et qu'elle sera très difficile à prendre en charge chez cet assuré compte tenu des facteurs énumérés auparavant.

Par ailleurs, il existe un risque non négligeable de syndrome algodystrophique post opératoire compte tenu de la tendance dépressive actuelle de l'expertisé.

Dans tous les cas, il est illusoire de remettre au travail manuel un sujet de 54 ans opéré d'une rupture large de la coiffe des rotateurs même s'il s'agit de l'épaule non dominante.

Actuellement l'expertisé travaille avec ses deux épaules. Un traitement conservateur basé sur une rééducation spécialisée, prise en charge par un physiothérapeute compétent deux fois par semaine et deux fois par jour par l'expertisé seul en auto-rééducation permettra de garder une fonction somme toute satisfaisante, puisqu'elle permet de longue date à l'expertisé de travailler dans son exploitation.

Si l'assuré opte malgré tout pour une intervention, un travail manuel ne peut dans tous les cas n'être repris éventuellement que dans un délai de 12 à 18 mois post-opératoires. Nous réitérons nos doutes sur les chances de succès d'une telle opération.»

Par décision du 18 novembre 2011, S. _____ SA a fait savoir à l'assuré qu'au vu des renseignements médicaux en sa possession, en particulier l'expertise de la Clinique H. _____ et les questions supplémentaires posées le 3 novembre 2011, les experts se prononçaient contre une intervention chirurgicale au niveau des deux épaules. S. _____ SA expliquait que de telles interventions ne pourraient qu'empêcher une reprise du travail même à long terme, alors qu'en l'état actuel, la fonction des deux épaules permettait une activité professionnelle à 100% avec un rendement entre 80 et 90% depuis le 6 octobre 2011. Elle confirmait dès lors mettre un terme à ses versements le 12 octobre 2011.

L'assuré a été opéré le 23 novembre 2011 de l'épaule gauche.

Le 30 novembre 2011, la caisse a annulé sa décision du 16 septembre 2011, en expliquant qu'elle s'acquitterait des indemnités pour la période du 1^{er} au 30 juillet 2011.

Le 3 décembre 2011, l'assuré a formé opposition à la décision de S. _____ SA du 18 novembre 2011, en faisant

principalement valoir que l'état de ses épaules ne lui permettait pas de travailler à plein temps et que l'intervention chirurgicale permettrait une amélioration de son état.

S._____ SA a interpellé le Dr M._____ de la Clinique H._____ afin d'avoir des informations complémentaires. Ce dernier a relevé ce qui suit dans son rapport médical du 24 décembre 2011 au médecin-conseil de la caisse:

«La première IRM de septembre 2009 montrait au niveau de l'épaule droite une rupture rétractée de la glène du supra-épineux avec ascension de la tête humérale, traduisant a priori une lésions associée large de l'infra-épineux. Il existait en amont une dégénérescence musculaire graisseuse stade II de GOUTALLIER et un nouvel examen type arthro-IRM était sollicité pour estimer l'état actuel.

L'arthro-IRM du 14 octobre 2011 confirme la rupture transfixiante des tendons supra et infra-épineux. La rétractation tendineuse est de 2.2 cm, l'atrophie est toujours de stade II pour le supra-épineux, mais de stade IV pour l'infra-épineux, avec diminution de l'espace sous-acromial à 6 mm. L'arthrose acromio-claviculaire est, bien entendu, retrouvée.

J'avais émis un doute sur le fait que cette rupture massive rétractée à la glène soit réparable et je confirme cette position. C'est surtout la rupture rétractée associée de l'infra-spinatus avec un stade évolué de dégénérescence musculaire graisseuse en amont, qui contre-indique la réparation chirurgicale. Comme je vous l'ai dit, les examens cliniques plaident pour un traitement conservateur, basé sur une musculation quotidienne des abaisseurs de la tête humérale, la qualité musculaire rendant tolérable l'état de santé au niveau fonctionnel.

Pour l'épaule gauche non dominante, les médecins rapportaient une rupture transfixiante du sus-épineux associée à une désinsertion du sous-scapulaire et une rupture de la longue portion du biceps. L'arthro-IRM du 13 octobre 2011 confirme partiellement, la rupture du sus-épineux étant décrite «incomplète», la désinsertion du sous-scapulaire étant partielle et la rupture du biceps suspectée n'étant pas confirmée. Il n'existe donc pas de rétraction des tendons, ni dégénérescence musculaire graisseuse en amont. Ici encore, une arthrose acromio-claviculaire est rapportée.

Dans ces conditions, l'indication opératoire n'est pas non plus conseillée, eu égard également aux risques post-opératoires non négligeables chez l'assuré.

Ainsi ces deux examens confirment que l'indication opératoire n'est pas à retenir. J'insiste sur le fait que si l'assuré veut quand même être opéré, la rééducation devra être centrale dans le suivi médical et strictement encadrée, l'incapacité de travail étant prévisible pour 12 à 18 mois, voire selon l'évolution, bien plus longue.»

Par rapport du 16 janvier 2012 à S._____ SA, le Dr J._____, médecin-conseil, s'est référé au complément d'expertise de la Clinique H._____ du 24 décembre 2011, selon lequel l'indication opératoire n'était pas conseillée eu égard aux risques postopératoires et au fait que l'incapacité de travail serait prolongée de manière conséquente en raison de ces deux interventions.

Dans un rapport médical du 5 avril 2012 au Dr D._____, le Dr F._____ a relevé que l'évolution était favorable. Le patient avait été en incapacité de travail totale dès le 23 novembre 2011, mais avait repris le travail à 20% le 12 mars 2012, et une reprise à 50% était prévue dès le 11 avril 2012. A cet égard, le Dr F._____ a noté que c'était en raison de dorso-lombalgies chroniques que son patient ne pouvait reprendre son activité à 100%.

Le 21 mai 2012, le Dr F._____ a fait savoir au Dr D._____ que l'évolution était objectivement et subjectivement favorable, le patient ne présentant plus aucune douleur et pouvant reprendre le travail à 100% dès le 22 mai 2012. Il attestait en outre les incapacités de travail suivantes: 100% dès le 23 novembre 2011, reprise à 20% le 12 mars 2012 et à 50% le 11 avril 2012.

Dans une prise de position du 7 juin 2012, le Dr J._____ a estimé que l'IRM du 10 octobre 2011 avait déjà été évaluée par les experts de la Clinique H._____, et que le rapport du 21 mai 2012 du Dr F._____ ne modifiait pas la position de S._____ SA, d'autant plus qu'une nouvelle opération de l'épaule droite chez ce patient droitier était prévue.

Par décision sur opposition du 12 juin 2012, S._____ SA a maintenu sa position.

B. Par acte du 7 juillet 2012, C._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal, en concluant à son annulation, à ce que l'opération du 23 novembre 2011 soit reconnue comme justifiée et prise en charge, au versement des indemnités journalières à 50% du 12 octobre 2011 au 22 novembre 2011 puis dès le 23 novembre 2011 au pro rata de l'incapacité de travail attestée par le Dr F. _____ le 21 mai 2012. En substance, il fait valoir qu'il a présenté une incapacité de travail de 50% du 12 octobre 2011 au 23 novembre 2011, établie par certificats médicaux du Dr D. _____, et que 7 mois après l'opération [du 23 novembre 2011] l'état de son épaule est sans comparaison avec celui d'avant, les douleurs ayant disparu sauf sollicitation très importante, ce qui démontre selon lui que ladite intervention était justifiée. Il en déduit que les lésions de ses épaules avaient une incidence sur sa capacité de travail et que l'intimée doit quoi qu'il en soit prendre en charge l'incapacité consécutive à l'opération. Il explique en outre avoir accepté le traitement de physiothérapie proposé pour ses épaules. Il répète qu'en se faisant opérer, il a agi en vue d'améliorer sa capacité de travail à moyen et long terme, sans qu'il ne puisse lui en être fait grief, et sollicite à cet égard qu'un rapport d'expertise soit demandé au Dr F. _____ afin qu'il explique les raisons qui l'ont conduit à considérer qu'une opération était de nature à améliorer l'état de son épaule, le cas échéant qu'une expertise soit confiée à un expert neutre.

Dans sa réponse du 19 novembre 2012, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle soutient, en se fondant sur l'expertise de la Clinique H. _____, que le traitement conservateur de l'épaule était suffisant et que l'intervention chirurgicale n'était dès lors pas justifiée. Elle ajoute d'une part que selon son médecin-conseil, les experts et les médecins traitants, l'épaule droite de l'assuré est très difficilement réparable et n'a induit aucune gêne dans l'exercice de l'activité professionnelle de celui-ci et d'autre part qu'aucune incapacité de travail n'a été justifiée par l'affection de l'épaule gauche. Elle explique par ailleurs qu'il n'y a pas d'incapacité de travail justifiée en lien avec le diagnostic de lombo-sciatique L5 droite par protrusion discale foraminale L4-L5 droite, pas plus qu'en lien avec le

diagnostic d'épine calcanéenne gauche, dont l'atteinte est traitée. L'intimée s'étonne en outre du fait que l'épaule droite seule semblait justifier une incapacité de travail, et que finalement seule l'épaule gauche a été soignée (l'opération de l'épaule gauche ayant eu lieu le 23 novembre 2011). Il est surprenant selon la caisse, que l'épaule droite ne semble plus jouer de rôle dans l'incapacité de travail dès 2012, alors qu'elle n'a pas fait l'objet de soins. A titre subsidiaire, elle relève que si une incapacité de travail était reconnue, elle ne devrait pas s'étendre au-delà du 4 avril 2012, aucune incapacité de travail n'étant reconnue dès cette date puisque dans son rapport du 5 avril 2012, le Dr F. _____ précise qu'à compter de cette date, seules les dorso-lombalgies justifient une incapacité de travail. Or, ces dorso-lombalgies n'ont plus causé d'incapacité de travail depuis le 1^{er} mai 2011.

Dans sa réplique du 10 décembre 2012, le recourant explique qu'il a pris le risque d'une opération de l'épaule [gauche] parce qu'il en attendait une amélioration, que les faits démontrent que cette opération se justifiait, et qu'il n'a pas refusé de traitement de physiothérapie, joignant à cet effet la liste de ses rendez-vous. Le recourant explique en dernier lieu avoir toujours pris ses décisions dans le but de pouvoir maintenir et/ou améliorer sa capacité à exercer son métier, notamment dans le soucis de maintenir l'exploitation familiale qui sera reprise par son fils.

Le 3 janvier 2013, S. _____ SA rappelle que la question litigieuse n'est pas celle de savoir si l'opération du 23 novembre 2011 se justifiait, mais de déterminer si elle était fondée à mettre un terme au versement des indemnités journalières à partir du 12 octobre 2011, soit plus d'un mois avant l'opération du 23 novembre 2011.

C. Le dossier de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) du recourant a été produit.

Il comprend en particulier les pièces suivantes:

- une demande de prestations AI du 30 septembre 2011, dans laquelle le recourant indique, quant au genre de l'atteinte, «maux de dos»,
- un courrier du 5 avril 2012 du Dr F._____ au Dr D._____, faisant état d'un arrêt de travail à 100% dès le 23 novembre 2011, d'une reprise du travail à 20% dès le 12 mars 2012, puis d'une reprise du travail à 50% dès le 11 avril 2012, avec les précisions suivantes «Je relèverais et ferais noter au B._____ que le patient n'a plus de douleurs [réd. à l'épaule gauche] comparativement à avant l'opération et que s'il ne peut pas reprendre pour l'instant son travail à 100% c'est en raison de dorso-lombalgies chroniques qu'il présente depuis un certain temps et pour lesquelles il est suivi par le Dr G._____. Pour cette raison, le patient ne pourra probablement pas reprendre son travail à plus de 50%»,
- un rapport du 20 juillet 2012, dans lequel le Dr Q._____, médecin-conseil au Service médical régional (ci-après : SMR), fait état d'une exigibilité maximale de 50% comme agriculteur et dans une activité adaptée, relevant qu'il est peu probable d'obtenir une meilleure capacité de travail dans une activité adaptée, au vu des pathologies, de l'âge et de la profession de l'assuré.

Invitée à se déterminer sur le dossier AI, l'intimée a renvoyé dans son écriture du 17 septembre 2013 à sa réponse du 19 novembre 2012 et à sa détermination du 3 janvier 2013. Le recourant ne s'est pas déterminé.

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 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières de l'intimée pour la période postérieure au 12 octobre 2011, singulièrement sur le point de savoir si sa capacité résiduelle de travail justifie ou non la suppression des prestations à partir du 12 octobre 2011.

3. a) Toute personne domiciliée en Suisse ou 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).

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

Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié

(art. 6 LPGA; art. 72 al. 2, 1^{ère} phrase LAMal). Il est toutefois admis qu'une incapacité de travail inférieure à 50% soit indemnisée lorsque les conditions générales de l'assureur le prévoient ou lorsque cela a été expressément convenu avec le preneur d'assurance (art. 73 al. 1 LAMal; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in Ulrich Meyer [éditeurs], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV Soziale Sicherheit [SBVR], 2^{ème} édition, 2007, no 1123 p. 783).

En l'espèce, l'art. 4 ch. 1 des «Conditions particulières de l'assurance individuelle d'une indemnité journalière» produites par l'intimée, prévoit le versement d'une indemnité journalière à partir de 50% d'incapacité de travail proportionnellement au degré de celle-ci. Le ch. 2, 1^{ère} phrase, de cette disposition précise toutefois que l'indemnité journalière est octroyée à partir de 25% pendant 60 jours civils au maximum, mais ceci seulement suite à une incapacité de travail d'au moins 50% et dans le but de favoriser la reprise du travail à plein temps.

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).

b) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles et procède librement à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. Concernant la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par l'assuré, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2 et les références).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (TF 9C_312/2008 du 24 novembre 2008, consid. 6.1 et les références).

4. En l'espèce, la caisse, se fondant sur les conclusions de la Dresse N._____, a retenu que la fonction des deux épaules du recourant permettait une activité professionnelle à 100% avec un rendement de 80 à 90% depuis le 6 octobre 2011. Elle a ainsi mis à un terme à ses prestations le 12 octobre 2011. Le recourant conteste cette appréciation, en faisant valoir que son incapacité de travail s'est maintenue à 50% dès le 12 octobre 2011, date de la fin du versement des indemnités journalières, jusqu'au 23 novembre 2011, date de l'opération de l'épaule gauche, et qu'il convient ensuite de suivre les incapacités de travail retenues par le Dr F._____ le 21 mai 2012 (savoir 100% dès le 23 novembre 2011, puis reprise à 20% dès le 12 mars 2012, à 50% dès le 11 avril 2012 et à 100% dès le 22 mai 2012).

En l'occurrence la Dresse N._____, dans son rapport du 7 novembre 2011, a distingué les incapacités de travail en fonction des atteintes. Elle a ainsi estimé, s'agissant des épaules, que la capacité de travail était entière, avec une baisse de rendement de 10 à 20% «sous réserve des futurs résultats d'investigations médicales»; au plan de la lombo-sciatique, elle a retenu une incapacité de travail totale à partir du 29 novembre 2010, puis à 50% dès le 15 mars 2011, avec une reprise totale au 1^{er} mai 2011. S'agissant enfin de l'épine calcanéenne, elle a retenu une incapacité de 50% dès le 1^{er} juillet 2011, puis une capacité de travail totale à compter du 6 octobre 2011, jour de l'expertise. Or, cette appréciation de la capacité de travail du recourant est contredite par les autres médecins qui l'ont examiné. Ainsi, le Dr D._____ a fait savoir le 12 septembre 2011 au Dr J._____ que l'assuré était maintenu en arrêt de travail à 50%, avec la précision que sa pathologie orthopédique jouait un rôle cumulatif, avec une épine calcanéenne gauche difficile à soigner, une déchirure complète du tendon du sus-épineux droit, des douleurs de l'épaule gauche de compensation et des lombalgies persistantes. Selon l'IRM de l'épaule gauche du 10 octobre 2011, l'assuré présentait une déchirure transfixiante incomplète du tendon du sus-

épineux, une déchirure partielle de la partie distale du tendon du sous-scapulaire ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire. Il a subi une intervention sous forme d'arthroscopie de l'épaule gauche le 23 novembre 2011. Le Dr M. _____ a toutefois relevé dans son rapport médical du 24 décembre 2011 que l'indication opératoire n'était pas conseillée, eu égard aux risques post-opératoires non négligeables chez l'assuré. Il résulte cependant des observations du Dr F. _____ consécutives à l'intervention du 23 novembre 2011 une évolution favorable objectivement et subjectivement (rapports médicaux des 5 avril 2012 et du 21 mai 2012 F. _____). Les constats du Dr F. _____ sont donc en contradiction avec les observations du Dr M. _____ et de la Dresse N. _____, dans la mesure où il apparaît que l'intervention au niveau de l'épaule gauche a permis une amélioration de la situation. Au demeurant, la Dresse N. _____ a estimé la capacité de travail entière pour la lombo-sciatique à compter du 1^{er} mai 2011. Toutefois sur ce point, son rapport est très peu étayé: elle pose les diagnostics de lésions dégénératives étagées en L2-L3 et L3-L4 avec un anthélisthésis en L5-S1 et une lombalisation de S1. Elle relève encore qu'une IRM complémentaire a montré un hémangiome de L3 et une protrusion foraminale L4-L5 droite avec un conflit sur la racine L4-L5 gauche. Pourtant elle se contente de relever que l'entretien a été difficile à mener, celui-ci restant discordant notamment sur la latéralisation de la radiculalgie ou les dates réelles d'apparition des plaintes respectives. Or le Dr F. _____ a retenu le 5 avril 2012 que si une reprise était possible à 20% dès le 12 mars 2012, puis à 50% dès le 11 avril 2012 à la suite de l'intervention du 23 novembre 2011, il n'en demeurait pas moins que l'assuré ne pouvait pas reprendre son travail à plus de 50% en raison de dorso-lombalgies chroniques. Finalement, le rapport de la Clinique H. _____ se concentre presque exclusivement sur les pathologies des épaules, mais ne comprend que très peu d'éléments relatifs à l'impact des dorso-lombalgies sur la capacité de travail. A cela s'ajoute encore le fait que dans son rapport du 20 juillet 2012, le Dr Q. _____ du SMR a constaté que l'exigibilité maximale du recourant était de 50%, tant dans son activité d'agriculteur que dans

une activité adaptée, notant qu'il était peu probable d'obtenir une meilleure capacité de travail dans une activité adaptée, au vu des pathologies, de l'âge et de la profession du recourant. Cette appréciation rejoint celle du 30 mai 2011 du Dr J._____, qui a indiqué une reprise du travail à 50% le 2 mai 2011, en déclarant espérer une reprise à 100% au 1^{er}D._____ a indiqué au Dr J._____ le 29 juillet 2011 que son patient était en incapacité de travail à 100% à compter du 8 août 2011. L'assuré lui-même a expliqué au visiteur de S._____ SA qui s'est rendu à son domicile le 8 août 2011 qu'il travaillait à 50%. Le 12 septembre 2011, le Dr D._____ a confirmé que l'incapacité de travail était toujours de 50%. Dans ces circonstances, l'expertise de la Clinique H._____ ne peut pas être suivie en tant qu'elle pose que l'assuré présentait une capacité de travail entière avec un rendement de 80 à 90% à compter du 6 octobre 2011. Il ressort plutôt de l'ensemble des pièces au dossier que le recourant présentait encore, le 12 octobre 2011, une incapacité de travail de 50%, laquelle a perduré jusqu'au 23 novembre 2011, date de l'intervention sur l'épaule gauche, à compter de laquelle il a présenté une incapacité de travail totale avec reprise à 20% le 12 mars 2012, puis à 50% le 11 avril 2012.

5. Au vu de ce qui précède, il se justifie d'admettre le recours et de réformer la décision attaquée, en ce sens que le recourant a droit à des indemnités journalières au-delà du 12 octobre 2011.

Le recourant, qui obtient gain de cause sans le concours d'un mandataire, n'a pas droit à des dépens. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 12 juin 2012 par S._____ SA est réformée en ce sens que C._____ a droit à des indemnités journalières au-delà du 12 octobre 2011.

- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice 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 :

- C. _____
- S. _____ SA
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :