

VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 211 vom 24. April 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-04-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__211

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 211 du 24 avril 2019

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 211 del 24 aprile 2019

Regeste

ASSURANCE D'UNE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, FORCE PROBANTE, DÉCISION DE RENVOI, EXPERTISE MÉDICALE | 72 al. 2 LAMal, 43 al. 1 LPGA, 6 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 24.04.2019 Arrêt / 2019 / 211

ASSURANCE D'UNE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, FORCE PROBANTE, DÉCISION DE RENVOI, EXPERTISE MÉDICALE | 72 al. 2 LAMal, 43 al. 1 LPGA, 6 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AM 11/14 - 16/2019 ZE14.013427 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 24 avril 2019 _____ Composition : M. Neu , juge unique

Greffière : Mme Chaboudez ***** Cause pendante entre : H. _____ , à [...],

recourant, représenté par Luigi Stampa, et N. _____ , à [...], intimée. _____

Art. 72 al. 2 LAMal ; 43 al. 1 LPGA E n f a i t : A. a) H. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, travaillait en tant que poseur de fenêtres pour la société [...] Sàrl depuis mars 2010. Par le biais d'un contrat collectif conclu par son employeur, l'assuré bénéficiait d'une assurance perte de gain maladie auprès de N. _____ , [...] (ci-après : N. _____ ou l'intimée). Il était également assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance contre les accidents (ci-après : la CNA). En date du 13 février 2012, l'assuré a glissé et chuté en se tapant le genou gauche contre un pied de biche qui se trouvait caché sous une bâche. Il s'est retrouvé en totale incapacité de travailler à partir du 14 février 2012. Selon le rapport médical des Drs Q. _____ , spécialiste en chirurgie et traumatologie, et F. _____ du 5 avril 2012, il souffrait une bursite post-traumatique du genou gauche, qui a nécessité une bursectomie pré-rotulienne en date du 26 mars 2012. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la CNA. L'assuré a pu reprendre son emploi à 100 % dès le 28 mai 2012, mais s'est à nouveau retrouvé en incapacité de travail dès le 28 août 2012 (certificats établis par le Dr Q. _____ puis par le Dr M. _____). Une IRM réalisée le 30 août 2012 en raison de la persistance de douleurs rétropatellaires a montré des signes de bursite pré-rotulienne ainsi qu'une chondropathie modérée focale du versant interne de la patella. Dans un rapport médical du 21 septembre 2012, le Dr M. _____ , spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de chondromalacie versant médical de la rotule gauche et de status post-bursectomie pré-rotulienne le 26 mars 2012 pour une bursite post-traumatique suite à un choc direct de la face antérieure du genou. Compte tenu du peu d'amélioration ressentie à la suite d'une infiltration, ce médecin estimait que les douleurs n'étaient pas directement d'origine articulaire. Par décision du 24 octobre 2012, la CNA a refusé de prendre en charge les troubles annoncés comme rechute, au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou pour le moins établi au degré de la

vraisemblance prépondérante entre l'accident du 13 février et les lésions annoncées. L'assuré s'est opposé à cette par acte du 15 novembre 2012. Une opposition provisoire a également été déposée le 23 novembre 2012 par N._____. b) Le 12 novembre 2012, l'employeur a annoncé à N._____ l'incapacité de travail de l'assuré, qui avait débuté le 28 août 2012. N._____ a requis la production du dossier de l'assuré auprès de la CNA. Dans un rapport médical du 13 novembre 2012 adressé à la CNA, le Dr M._____ a suspecté une neuropathie cutanée de la branche rotulienne médiane du nerf saphène. Le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de N._____, a examiné l'assuré en date du 19 décembre 2012. Dans son rapport du 20 décembre 2012, il a indiqué que les signes cliniques actuels étaient compatibles avec une inflammation cicatricielle antérieure de la rotule à mettre en relation avec les suites opératoires du 13 février [recte : 26 mars] 2012, si bien que la responsabilité de la CNA restait engagée. Dans un courrier du 20 décembre 2012, le Dr S._____ a mentionné que l'assuré était en totale incapacité de travail dans son activité habituelle depuis le 13 février 2012, qu'aucune amélioration n'avait été notée par l'assuré malgré le traitement conservateur et que l'état inflammatoire de l'articulation persistait, de sorte qu'un recyclage professionnel ne pouvait pas encore être envisagé. Le 29 janvier 2013, l'assuré a été examiné par le Dr V._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Celui-ci a estimé que l'assuré présentait une chondropathie rotulienne, surchargée d'éléments fonctionnels, sans toutefois exclure totalement une participation neurogène à la symptomatologie douloureuse en relation avec l'atteinte d'un petit rameau cutané du nerf saphène. Des examens complémentaires étaient nécessaires pour clarifier la situation. c) Par courrier du 29 janvier 2013, la CNA a annulé sa décision du 24 octobre 2012 et décidé de continuer à allouer à l'assuré des prestations d'assurance pour les suites de l'accident du 13 février 2012. L'assuré a séjourné à la J._____ (ci-après : J._____) du 20 février au 20 mars 2013. Le rapport final établi le 11 avril 2013 et signé des Drs T._____, spécialiste en rhumatologie, et C._____, faisait état notamment de ce qui suit : « **DIAGNOSTIC PRINCIPAL** - Thérapies physiques et fonctionnelles pour gonalgie et limitation fonctionnelle au genou gauche **DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES** - Chute au travail le 13.02.2012, avec traumatisme direct du genou gauche - Status post-bursectomie pré-rotulienne gauche le 26.03.2012 - Status post-infiltration intra-articulaire de Rapidocaïne 2 % 10 ml le 12.09.2012 avec échec - Status post-infiltration intra-cicatricielle de Rapidocaïne 1 % le 08.11.2012 avec échec - Allodynie péricicatricielle du genou gauche - Chondropathie rotulienne interne gauche et plica sus et para patellaire interne sur l'arthro-IRM du 26.02.2013 - Trouble de l'adaptation mixte anxieux et dépressif - Syndrome d'apnée du sommeil [...] Aucune incohérence flagrante n'a été relevée mais on note un patient assez plaintif, craintif, qui a tendance à s'auto limiter. Il faut aussi noter que l'auto appréciation de son handicap est assez important[e] (score PACT à 79 = niveau inférieur à un niveau d'effort sédentaire). Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : accroupissements répétés, positions à genoux prolongées, montées et descentes répétitives d'escaliers. La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles : une poursuite de la physiothérapie ambulatoire 2x/ semaine serait nécessaire pour améliorer la mobilité articulaire et augmenter la puissance musculaire. Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de : 2-3 mois. Aucune nouvelle intervention n'est proposée d'après notre consultant orthopédiste (cf. rapport). Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est a priori favorable mais il s'agit d'un travail à fortes contraintes sur les membres inférieurs, avec port de charges très lourdes. De

plus, l'existence d'un litige avec la suva, l'auto appréciation élevé[e] de son handicap, la durée de l'incapacité de travail, le trouble de l'adaptation vont probablement compliquer cette reprise. Une reprise partielle pourrait être essayée dans un premier temps. En cas d'échec la situation devra être réévaluée, on rappelle qu'une demande AI est en cours. » Dans le cadre de ce séjour, un ENMG a été réalisé le 7 mars 2013 et a pu confirmer qu'on ne retrouvait aucun argument pour une atteinte du nerf sural, comme à l'examen clinique. Un nouvel examen par le Dr V. _____ a été organisé le 4 juin 2013. Dans son rapport du même jour, il a conclu ce qui suit : « Le patient dit que le séjour à [...] ne lui a pas apporté grand-chose. Il a toujours des douleurs intéressant toute la face antérieure du genou G [gauche]. Les douleurs sont permanentes, également nocturnes, et le patient est fréquemment réveillé la nuit. Il est aussi limité dans ses déplacements. Il a essayé de reprendre le travail hier à 50 % mais ça n'allait pas. L'examen clinique est maintenant dominé par un comportement douloureux et une exclusion fonctionnelle du genou G. Objectivement, les cicatrices sont bien coaptées. Il n'y a aucune induration des téguments. La cicatrice médiane serait très sensible à la palpation mais il n'y a pas de signe de Tinel clairement identifiable. Le genou est sec. Il n'y a pas de tuméfaction, pas d'hyperthermie ni aucun signe réactif local. La mobilisation se heurte à des contrepulsions et la flexion paraît limitée par les douleurs. Les signes rotuliens sont ininterprétables chez un patient dont le genou semble hyperalgique. Il n'y a pas de laxité pathologique. Il n'y a pratiquement pas d'amyotrophie de la cuisse G et le quadriceps a un bon tonus et une bonne force. L'impression qui prévaut est donc celle d'un trouble fonctionnel, d'un handicap subjectif hors normes, le tout débouchant sur un processus d'invalidisation que la prise en charge thérapeutique, incluant un séjour stationnaire à la J. _____, n'est pa[s] parvenu à endiguer[r]. Le bien-fondé d'un reclassement professionnel peut se concevoir mais le vécu douloureux est tel qu'on ne voit pas comment des mesures professionnelles pourront être mises en œuvre. Pour ce qui est de la responsabilité de la Suva dans cette affaire, il est clair qu'une simple contusion du genou n'est pas susceptible de déployer indéfiniment des effets. Il n'est même pas sûr qu'elle soit responsable de la décompensation d'une chondropathie rotulienne sous-jacente. A noter également qu'on n'est pas parvenu à faire la preuve d'une atteinte neurogène significative faisant suite à la bursectomie. En d'autres termes, il n'y a pas de séquelle de l'accident nécessitant la poursuite d'un traitement, contre-indiquant la reprise de l'activité habituelle ou justifiant l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. » Par décision du 7 juin 2013, la CNA a clos le cas au 15 juin 2013 en ce qui concerne les suites de l'accident, a réfuté tout droit à d'autres prestations d'assurance et mis fin au versement des prestations d'assurance perçues jusque-là. Suivant l'appréciation de son médecin-conseil, elle a considéré que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident, mais exclusivement de nature malade, et que le statu quo sine pouvait être considéré comme atteinte le 15 juin 2013 au plus tard. L'assuré s'est opposé à cette décision le 13 juin 2013. Une opposition provisoire a également été déposée par N. _____ le 24 juin 2013, puis retirée en date du 10 juillet 2013. Par décision sur opposition du 18 juillet 2013, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 7 juin 2013. Le 13 septembre 2013, l'assuré a déposé un recours contre cette décision sur opposition auprès de la Cour de céans (affaire AA 89/13). d) N. _____ a fait réaliser une expertise de l'appareil locomoteur par la G. _____. Dans le rapport d'expertise établi le 7 octobre 2013, le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a écrit notamment ce qui suit : « DISCUSSIONS ET SYNTHESE 1. SYNTHESE a. Signes cliniques et paracliniques principaux L'examen clinique permet

donc de retrouver des douleurs de siège et d'intensité très variables selon le moment de l'examen. Une petite diminution de la mobilité en extension et en flexion semble présente, mais notons que l'expert n'a pas voulu rechercher les amplitudes complètes, afin de ne pas aggraver les douleurs alléguées. Par ailleurs, il n'existe aucun signe de lésions ligamentaires ou méniscales, ni point douloureux cartilagineux, ni épanchement. Du point de vue paraclinique, l'arthro-IRM du 26 février 2013 a permis de mettre en évidence une chondromalacie du versant médial de la rotule gauche, avec fissure cartilagineuse du versant interne du cartilage rotulien, en sus de plicae sus-patellaire et para-patellaire interne.

b. Etat actuel, interactions et évolution prévisible La grande variabilité du siège des douleurs et de leur intensité ayant motivé de nombreux examens complémentaires, dont une hospitalisation dans un Service de médecine de la douleur, ainsi que l'absence d'effets des diverses médications, dont des infiltrations superficielles et intra-articulaires, orientent vers une tendance à la majoration des plaintes. Par ailleurs, notons qu'un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (ICD-10, F43.22) a été retenu par le Docteur P._____, Cheffe de clinique, Service de psychosomatique, J._____. En ce qui concerne les suites de l'événement du 13 février 2012 (contusion du genou gauche et bursite pré-rotulienne traumatique), l'évolution est allée en status post sur le plan de l'appareil locomoteur. L'expert ne retrouve plus aucune anomalie au niveau de la peau, ni des tissus sous-cutanés de la face antérieure du genou gauche. Les autres pathologies, mises en évidence par les examens complémentaires et notamment l'IRM, sont représentées par un état antérieur. Elles ne sont cliniquement pas actives et n'entraînent aucune limitation. Le status actuel de la chondromalacie, de la fissure cartilagineuse et des plicae est celui d'une stabilisation. En revanche, l'évolution des plaintes est impossible à prévoir, étant donné le contexte et la tendance à la majoration. 2. FACTEURS NON MEDICAUX [...]

Commentaire : Il est noté une tendance à la majoration. Cependant, l'expert conseille à Monsieur H._____ de reprendre le plus vite possible le travail, en mettant au besoin une genouillère de façon à arrêter de tout centrer sur le genou gauche, vu que le status est actuellement à près de dix-neuf mois de la chute. 3. LIMITATIONS ET CAPACITE DE TRAVAIL DANS LE DERNIER EMPLOI Limitations locomotrices Il n'y a aucune limitation dans le dernier emploi. Capacité de travail, relevant des indemnités journalières en cas de maladie Du 28 août 2012 au 13 novembre 2012, il peut être admis une incapacité de travail totale, les médecins traitants ayant au départ envisagé une étiologie possible des douleurs également en lien avec la chondromalacie, celle-ci étant exclue par la suite. Or, la suite de l'incapacité de travail ne se justifie pas sur le plan somatique pour une cause d'atteinte malade, la prise en charge a été acceptée par l'assurance-accidents dans le cadre d'investigations complémentaires. 4. LIMITATIONS ET CAPACITE DE TRAVAIL DANS UN EMPLOI ADAPTE Limitations La question tombe. Capacité de travail relevant des indemnités journalières en cas de maladie La question tombe en l'absence de handicap. » Par décision du 11 octobre 2013, N._____ a refusé d'octroyer des indemnités journalières à l'assuré au motif qu'il n'était pas dans l'incapacité d'accomplir, dans sa profession ou dans son domaine d'activité, le travail qui pouvait raisonnablement être exigé de lui. L'assuré s'est opposé à cette décision par acte daté du 11 octobre 2013, réceptionné le 14 novembre 2013. Il a fait valoir qu'il était en totale incapacité de travail dans sa profession et que sa situation n'était toujours pas stabilisée. Il a produit un certificat médical du Dr M._____ du 4 novembre 2013, qui attestait une complète incapacité de travail dans l'ancienne profession, les limitations fonctionnelles étant l'incapacité de travailler à genoux, en position accroupie, de monter sur des échafaudages ou des échelles

ou dans les escaliers d'une manière répétitive surtout en portant des poids lourds de plus que 20 kg. La marche dans les escaliers ou sur des échafaudages pouvait être exigée, mais sans charge. Tous travaux d'une intensité légère ou moyenne en position assise ou variable, même debout, étaient possibles à plein temps. Dans un complément d'expertise du 16 décembre 2013, le Dr W. _____ s'est prononcé comme suit : « En ce qui concerne la persistance des douleurs de type neuropathique : L'EMG a éliminé le diagnostic de neuropathie depuis mars 2013, il ne s'agit que de plaintes. Il a été souligné les signes de majoration avec absence d'effets de toute médication, ainsi que la variabilité du siège des douleurs et leur intensité. Pour la persistance de la chondropathie Les lésions cartilagineuses rotuliennes ne sont en général pas douloureuses, elles sont fréquentes surtout en cas de pratique sportive antérieure, comme dans le cas présent (rappelons la pratique du football entre 1979 et 2012). Elles sont également présentes en cas de surpoids (ici à la limite de l'obésité). Dans le cas présent, la persistance d'une chondropathie douloureuse n'a pas convaincu car : Les plaintes sont peu précises, parfois au niveau du pôle inférieur de la rotule (non concordant puisque n'intéressant pas la facette interne). La douleur est irrégulièrement réveillée, parfois présente et parfois indolore, lors de l'examen clinique (non concordant puisque d'intensité très variable). Il n'existait aucun épanchement et la mobilisation transversale de la rotule était indolore à l'examen clinique. Ainsi, il n'existe aucune raison à ce que cette pathologie ne soit pas stabilisée, aucun signe objectif franc de douleurs d'origine rotulienne n'étant mis en évidence, une chondropathie mise en évidence à l'IRM ne suffisant pas pour affirmer une plainte douloureuse. De plus, la douleur aurait pu être liée à un processus inflammatoire, ce qui n'est pas le cas car l'infiltration n'a pas apporté de soulagement. Enfin, la chondromalacie n'est qu'un ramollissement du cartilage, il s'agit d'un diagnostic de palpation et non d'un diagnostic pouvant être posé par IRM. Les limitations ont été abordées et débattues dans l'expertise, le courrier complémentaire n'est pas de nature à remettre mes conclusions en cause. » Dans un courrier du 19 décembre 2013, le Dr S. _____ a confirmé le bien-fondé des conclusions du Dr W. _____. Par décision sur opposition du 26 février 2014, N. _____ a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 11 octobre 2013, au motif que l'assuré ne présentait pas d'incapacité de travail dès le 15 juin 2013. B. Par acte de son mandataire du 31 mars 2014, H. _____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi d'indemnités pour perte de gain du 16 juin 2013 jusqu'au 31 octobre 2013. Il s'est prévalu de la totale incapacité de travail attestée par le Dr M. _____ jusqu'au 31 octobre 2013. Par réponse du 3 juin 2014, N. _____ a conclu au rejet du recours du recours, estimant que les rapports du médecin traitant n'étaient pas en mesure de remettre en cause les conclusions du Dr W. _____. Suivant la requête de N. _____, le juge instructeur a, par avis du 10 juin 2014, suspendu la cause jusqu'à droit connu dans la procédure de recours pendante en matière d'assurance-accidents. Par arrêt de ce jour, la Cour de céans a rejeté le recours en question et confirmé la décision sur opposition rendue par la CNA le 18 juillet 2013 (CASSO AA 89/13 – 58/2019 du 24 avril 2019). E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur

notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières de la part de N._____ du 16 juin 2013 au 31 octobre 2013. 3. a) Aux termes de l'art. 67 LAMal, 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 indemnités journalières avec un assureur (al. 1). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective (al. 3, première phrase). Selon l'art. 72 al. 2 LAMal, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié. Est constitutive d'une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 4. La Cour de céans ayant confirmé la fin des prestations d'assurance-accidents au 15 juin 2013, il convient en l'occurrence d'examiner s'il appartient à N._____ de servir des indemnités journalières au recourant à partir du 16 juin 2013 jusqu'au 31 octobre 2013, période pendant laquelle le Dr M._____ a encore attesté une totale incapacité de travail. Par la décision attaquée, N._____ a refusé de verser des prestations au recourant au motif qu'il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, selon les conclusions de l'expertise qu'elle a fait réaliser par la G._____. a) Il se trouve toutefois que de graves manquements au devoir professionnel ont été constatés dans la gestion de la G._____, notamment de la part d'un médecin responsable du département d'expertises qui a modifié illicitement le contenu de rapports. Le Tribunal fédéral a dès lors estimé que les expertises réalisées au sein de cette institution ne pouvaient servir de fondement à l'examen d'un droit à des prestations. Les exigences liées à la qualité de l'exécution d'un mandat d'expertise médicale en droit des assurances sociales ne pouvaient en effet être suffisamment garanties, de sorte qu'il n'était pas possible

d'accorder pleine confiance à une expertise rendue par un expert œuvrant au sein de la G._____. Le Tribunal fédéral a précisé que cette conclusion s'imposait indépendamment de savoir si, dans un cas particulier, le responsable médical à l'origine des manquements constatés était concrètement intervenu dans la rédaction du rapport de l'expert ou non (cf. ATF 144 V 258 consid. 2.3.2 ; TF 2C_32/2017 du 22 décembre 2017 consid. 7.3 et 8F_8/2018 du 7 janvier 2019 consid. 2.3). b) L'expertise du Dr W._____, datée du 7 octobre 2013, a été réalisée à une époque où le responsable médical du département expertise modifiait illicitement le contenu de rapports. En conséquence, les conclusions de cet expert ne peuvent pas être prises en considération dans le cadre de l'examen du droit de l'assuré au versement des indemnités journalières par N._____. Il faut par ailleurs constater que les autres documents médicaux au dossier ne permettent pas de déterminer si le recourant bénéficiait ou non d'une capacité de travail dans son activité de poseur de fenêtres pendant la période litigieuse. Dans son rapport du 4 juin 2013, le Dr V._____ indique certes qu'il n'y a pas de séquelle de l'accident nécessitant la poursuite d'un traitement et contre-indiquant la reprise de l'activité habituelle. De par la formulation employée, on constate toutefois que son appréciation se limite uniquement aux conséquences de l'accident et ne tient pas compte des atteintes maladiques, aspects sur lesquels il n'avait pas à se prononcer. Dans leur rapport du 11 avril 2013, les médecins de la J._____ envisagent la reprise de l'activité habituelle, mais avec réserve. Ils retiennent en effet des limitations fonctionnelles provisoires qui ne sont pas compatibles avec une telle activité et précisent d'ailleurs qu'il s'agit d'un travail à fortes contraintes sur les membres inférieurs, avec port de charges très lourdes. Ils estiment que la stabilisation de l'état de santé interviendrait dans les deux à trois mois après leur rapport et proposent une reprise progressive, tout en envisageant déjà qu'elle puisse échouer. On ne saurait par conséquent conclure, sur la base de leur rapport, que le recourant aurait pu reprendre son activité à plein temps à partir du 16 juin 2013. Dès lors que le rapport d'expertise du 7 octobre 2013 de la G._____ ne pouvait servir de fondement à la décision relative au droit aux indemnités journalières et en l'absence d'autres pièces médicales au dossier qui auraient permis de confirmer les conclusions du rapport d'expertise, il n'est pas possible d'apprécier de manière circonstanciée l'état de santé du recourant ainsi que les éventuelles répercussions négatives de celui-ci sur sa capacité de travail. c) Il s'ensuit que la cause doit être renvoyée à l'intimée – à laquelle il revient au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 LPG) – pour qu'elle complète l'instruction sur le plan médical, en mettant en œuvre une expertise orthopédique, laquelle devra être effectuée conformément à l'art. 44 LPG. Il appartiendra ensuite à l'intimée de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

5. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPG). c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPG), qu'il convient d'arrêter à 500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe. Par ces motifs, le juge unique prononce : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 26 février 2014 par N._____ est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. N._____ versera à H._____ une indemnité de 500 fr.

(cinq cents francs) à titre de dépens. Le juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ M. Luigi Stampa (pour le recourant), ■ N._____, - 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.