

VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 330 vom 31. Mai 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-05-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__330

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 330 du 31 mai 2023

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 330 del 31 maggio 2023

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ASSURANCE D'UNE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, INDEMNITÉ JOURNALIÈRE POUR CHANGEMENT D'OCCUPATION | 67 al. 1 LAMal, 72 al. 2 LAMal, 6 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 31.05.2023 Arrêt / 2023 / 330

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ASSURANCE D'UNE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, INDEMNITÉ JOURNALIÈRE POUR CHANGEMENT D'OCCUPATION | 67 al. 1 LAMal, 72 al. 2 LAMal, 6 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AM 19/22 - 12/2023 ZE22.043665 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt
du 31 mai 2023 _____ Composition :

Mme Pasche , présidente M.
Piguet, juge, et M. Gutmann, assesseur Greffière : Mme Jeanneret ***** Cause
pendante entre : V. _____ , à [...], recourant, et M. _____ SA , à [...], intimée.

_____ Art. 6 LPGA ; 67 al. 1, 72 al. 2 LAMal E n f a i t : A. V. _____
(ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille depuis [...] en tant qu'agriculteur
indépendant. A ce titre, il est assuré auprès de M. _____ SA (ci-après : [...] ou l'intimée)
contre la perte de gain en cas de maladie selon la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur
l'assurance-maladie ; RS 832.10), par le biais d'un contrat d'assurance collective
d'indemnité journalière de la C. _____, donnant droit à 100 % du salaire durant au
maximum 730 jours dans une période de 900 jours consécutifs, avec un délai d'attente de
60 jours. Le 4 janvier 2022, l'assuré a remis à M. _____ SA un certificat médical établi
le 22 décembre 2021 par le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et
traumatologie de l'appareil locomoteur, attestant d'une incapacité de travail de 100 % dès le
2 novembre 2021. Lors d'un entretien du 24 janvier 2022 avec un collaborateur de
M. _____ SA, l'assuré a indiqué que, vers la fin du mois d'octobre 2021, il s'était bloqué
le dos en se levant de son lit, sans événement particulier. Il avait précédemment été opéré
d'une hernie discale en 2003 et avait passé divers examens radiologiques en 2016. Depuis
son arrêt de travail, il avait subi deux infiltrations, qui n'avaient pas eu les effets attendus. Il
bénéficiait en outre d'un traitement de physiothérapie. Son fils et un tiers le remplaçaient
dans son exploitation. Dans un rapport adressé le 2 février 2022 à M. _____ SA, le
Dr F. _____ a indiqué que son patient, opéré par ses soins d'une hernie discale en 2003,
était atteint d'une « symptomatologie douloureuse très pénible » et de pathologies
orthopédiques (avant-pied droit, ceinture scapulaire surtout à droite et arthrose des mains).
L'assuré ne pouvait plus poursuivre son activité professionnelle et avait dû se faire

remplacer. Le traitement ambulatoire touchant à ses limites, un traitement dans un centre de réhabilitation était nécessaire pour une reprise de l'activité. Lors de la séance du médecin-conseil du 15 février 2022, le Dr K. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de M. _____ SA, a préconisé la mise en œuvre d'une expertise orthopédique. Le Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a été désigné. Le Dr R. _____ a vu l'assuré le 7 avril 2022. Celui-ci s'est présenté muni de résultats d'imageries effectuées en 2021 (scintigraphie osseuse et radiographies de la colonne lombaire). Le Dr R. _____ s'est encore procuré des rapports d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne lombaire de juin 2011, novembre 2016 et novembre 2021, puis a déposé son rapport le 11 avril 2022. Il a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques sur status après cure chirurgicale de hernie discale L4-L5 (2003) et discopathies pluriétagées prédominantes en L5-S1 avec arthroses des articulations postérieures de L4 à S1 des deux côtés et rehaussements interépineux L3-L4 (IRM de la colonne lombaire du 25 novembre 2021), en précisant que l'assuré ne montrait pas de signe d'exagération des symptômes ou de non-organicité. Une reprise de l'activité habituelle n'était pas exigible, le métier d'agriculteur indépendant ne respectant pas les limitations fonctionnelles dues à l'état dégénératif de la colonne lombaire. En revanche, l'intéressé était désormais apte, à 100 % et sans limitation de rendement, à exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir une activité sédentaire ou semi-sédentaire, dans laquelle il devrait pouvoir alterner à sa guise la position debout avec la position assise. Il devait éviter les travaux penché en avant ou en porte-à-faux ainsi que le port et le soulèvement de charges de plus de 10 kg. A titre d'exemple d'activité adaptée, l'expert mentionnait magasinier. Il n'y avait pas d'indication à un traitement chirurgical et le traitement conservateur devait se poursuivre, étant précisé que le séjour en centre de réhabilitation préconisé par le médecin traitant était susceptible de faire diminuer l'intensité des douleurs perçues par l'assuré. Le médecin-conseil de M. _____ SA s'est rallié aux conclusions de l'expert lors de la séance du 4 mai 2022, en notant que l'assuré pouvait peut-être remettre son exploitation à son fils, avec qui il travaillait déjà. Par décision du 6 juin 2022, prenant acte de l'inexigibilité de la reprise de l'activité habituelle mais de l'existence d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, M. _____ SA a constaté qu'un changement d'activité était exigible de la part de l'assuré et permettrait de réduire sa perte de gain à 0 % après comparaison des revenus. En conséquence, une indemnité journalière de transition pour le changement d'occupation serait versée jusqu'à la reprise du travail, mais au plus tard jusqu'au 30 novembre 2022. Joint à la décision figurait un calcul du taux d'invalidité, déterminé par comparaison du revenu annuel perçu par l'assuré avec le revenu tiré de l'Enquête suisse sur la structure des salaires. L'assuré s'est opposé à cette décision le 5 juillet 2022, en faisant valoir qu'il lui était actuellement impossible d'entreprendre des démarches pour une nouvelle activité. Le 17 août 2022, le Dr F. _____ a adressé un nouveau rapport à M. _____ SA, pour exposer qu'une réorientation professionnelle ne pourrait jamais se faire au-delà d'un taux d'activité de 50 %. L'assuré pouvait assumer les tâches administratives de son exploitation, qui représentait un taux d'activité de 25 %, et compléter si nécessaire par une activité dans un autre domaine qui restait à définir. En conséquence, l'incapacité de travail devait être maintenue à 75 % au moins. Le médecin a joint, entre autres, une copie du rapport qu'il avait adressé le 9 juin 2022 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud (ci-après : OAI), auprès duquel l'assuré avait entretemps déposé une demande de prestations, ainsi que l'ensemble des rapports

d'imagerie effectuées entre 2011 et décembre 2021, dont une scintigraphie osseuse du 16 décembre 2021. Le Dr F. _____ exposait que, malgré un séjour en centre de réhabilitation, son patient pouvait uniquement reprendre une activité comme gestionnaire purement administratif de son exploitation au taux de 15 à 20 %. Un retour au-delà de 50 % dans une activité de gestionnaire paraissait illusoire en raison de l'intolérance en position assise prolongée. Prenant connaissance de ces rapports médicaux lors de la séance du médecin-conseil du 31 août 2022, le Dr K. _____ a noté que le Dr F. _____ n'apportait aucun élément médical nouveau et qu'il s'agissait d'une appréciation différente du taux d'incapacité de travail dans une profession adaptée entre le médecin traitant et l'expert mandaté pour faire le point sur la situation. En conséquence, la décision pouvait être maintenue. Par décision sur opposition du 28 septembre 2022, M. _____ SA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 6 juin 2022, constatant en particulier que le médecin traitant évaluait la capacité de travail au regard d'une profession qui n'était pas considérée comme adaptée par l'expert. B. V. _____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 28 octobre 2022, en concluant à ce qu'une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée lui soit reconnue. En substance, il a fait valoir que son médecin traitant, le Dr F. _____, estimait que sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 % et a contesté la prise de position du Dr R. _____. A ses yeux, un emploi de magasinier comme suggéré par l'expert impliquait de la marche, des flexions et peu de temps assis, et encore moins couché. En effet, il devait parfois s'allonger pour soulager son dos, ses douleurs l'obligeant à arrêter un moment son travail. Or il n'existait pas de travail adapté à sa situation, permettant d'alterner les positions debout, assis et couché. Répondant le 30 novembre 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours, en relevant que le Dr F. _____ n'avait pas mentionné la nécessité de se coucher dans ses rapports médicaux. Le recourant a maintenu sa position dans son écriture du 19 décembre 2022. Il a rappelé que son médecin traitant estimait que sa capacité de travail était de 50 %, ce taux tenant compte du fait qu'il avait besoin de se reposer, en tout cas de reposer son dos, ce dont le Dr R. _____ n'avait pas tenu compte. Il a précisé que si l'alternance des positions assise et debout lui permettait de soulager partiellement le dos ou de rester plus longtemps dans l'une ou l'autre position, il lui était cependant nécessaire de s'allonger après 3 ou 4 heures. Le rapport de l'expert ne faisait pas état de la nécessité pour lui de s'allonger, élément pourtant essentiel pour apprécier sa capacité de travail. Il a ainsi requis que l'expert soit ré-interpelé ou qu'une nouvelle expertise soit mise en œuvre, afin qu'il soit tenu compte de l'élément « position couchée ». M. _____ SA a à nouveau conclu au rejet du recours par duplique du 26 janvier 2023. Elle a produit avec cette écriture un rapport du Dr K. _____ du 20 janvier 2023, indiquant que le rapport médical du Dr F. _____ du 17 août 2022 n'apportait aucun élément médical nouveau par rapport à ce qui a été étudié par le Dr R. _____. S'agissant d'une appréciation médicale différente d'une même situation donnée par le médecin traitant, la position de l'expert neutre devait être privilégiée. 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. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie selon la LAMal au-delà du 30 novembre 2022, singulièrement sur la récupération dès le 7 avril 2022 (date de l'examen clinique par le Dr R. _____) d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. 3. a) Aux termes de l'art. 67 al. 1 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 d'indemnités journalières avec un assureur. L'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal est une assurance de perte de gain (TF 9C_131/2020 du 5 mai 2020 consid. 3.2 et les références citées ; 9C_332/2007 du 29 mai 2008 consid. 1.1). Le droit à une indemnité journalière est donc subordonné à ce que l'ayant droit subisse une perte de salaire ou de gain effective en raison d'une atteinte à la santé due à une maladie (TF 9C_131/2020 du 5 mai 2020 consid. 3.2 et les références citées). b) D'après 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 (art. 6 LPGA). Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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. Selon la jurisprudence, le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage ; ATF 129 V 460 consid. 4.2 et 114 V 281 consid. 1d). Ce principe a été codifié à l'art. 6, deuxième phrase, LPGA, qui prévoit qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité raisonnablement exigible peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En ce sens, l'assurance d'indemnités journalières n'assure l'incapacité de travail que dans les limites posées par l'obligation de diminuer le dommage (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3 e éd., Bâle 2016, n. 1461, pp. 841-842). Dans l'hypothèse où un assuré, en vertu de son obligation de diminuer le dommage, doit s'astreindre à changer de profession, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat – pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'à présent est due – pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi (cf. art. 21 al. 4 LPGA). Dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (TF 9C_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.4 et les références citées). c) La loi ne définit pas la notion de « longue durée » que doit revêtir l'incapacité de travail pour qu'un changement de profession ou d'activité puisse entrer en considération. Selon les travaux préparatoires, cette notion doit se comprendre comme voulant dire « en règle générale plus de six mois ». Pour interpréter cette notion, il convient toutefois, plutôt que de fixer une durée déterminée, de distinguer la situation selon qu'il apparaît ou non hautement probable que la personne assurée recouvrira sa capacité de travail dans la profession ou l'activité habituelle. Une incapacité de travail de longue durée ne saurait être retenue tant et aussi longtemps qu'il est possible d'émettre le pronostic, au regard des données médicales au dossier, que la personne assurée reprendra son activité antérieure, selon la vraisemblance prépondérante, de manière à mettre fin au droit aux prestations de l'assurance sociale (indemnités journalières ou rente). Dans de telles circonstances, il

n'existe pas de limite temporelle absolue pour la reconnaissance de l'incapacité de travail dans la profession habituelle. La situation est en revanche différente dès qu'il apparaît clairement, toujours en fonction des constatations médicales à disposition, que la personne assurée ne sera plus en mesure de récupérer sa capacité de travail dans la profession habituelle. Dès ce moment, et à condition que l'intéressé soit en mesure du point de vue médical de se réinsérer sur le plan professionnel, l'incapacité de travail déterminante pour le droit aux prestations doit être évaluée en fonction d'une autre activité lucrative exigible (Margit Moser-Szeless, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, nn. 34 à 36 ad art. 6 et les références). d) Les conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal applicables en l'espèce (BEGM02-F11, Edition 1^{er} janvier 2011) prévoient notamment à leur art. 7 que l'indemnité journalière est versée pour une ou plusieurs incapacités durant 730 jours dans une période de 900 jours (al. 1), les délais d'attente à charge de l'employeur étant imputés sur la durée du droit aux prestations (al. 2). L'art. 13 al. 1 précise que l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25 %. Quant à l'art. 11 al. 2 des conditions générales précitées, il dispose que la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré :

- a. lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des assurés ;
- b. à la résiliation du contrat ;
- c. dès l'interruption de travail volontaire ne donnant pas droit à un salaire ;
- d. au décès de l'assuré ;
- e. à l'épuisement du droit aux prestations ;
- f. à la fin du mois durant lequel l'assuré atteint l'âge de 65 ans ou prend sa retraite anticipée ;
- [let. g à j : cas de figure concernant des situations non pertinentes en l'espèce].

4. a) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). b) En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références

citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées). 5. a) En l'espèce, l'intimée fonde sa décision sur l'appréciation de l'état de santé de l'assuré qu'a faite le Dr R. _____ dans son rapport du 11 avril 2022. Elle a ainsi considéré que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter de la date de l'examen par l'expert, soit le 7 avril 2022. Dans ses écritures, le recourant se prévaut quant à lui du fait que, de l'avis du Dr F. _____, sa capacité de travail dans une activité adaptée n'est pas de 100 %, mais de 50 %. Il déplore également le fait que le Dr R. _____ n'ait pas retenu qu'il avait l'obligation de pouvoir s'allonger pour soulager son dos. b) L'expertise du Dr R. _____ du 11 avril 2022 remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle est en effet bien étayée, claire et dénuée de contradictions. Le Dr R. _____ a procédé à un examen clinique complet du recourant et a complété son dossier avec les imageries médicales effectuées entre 2011 et fin 2021, dont un rapport de scintigraphie osseuse. Il a ainsi posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques sur status après cure chirurgicale de hernie discale L4-L5 et discopathies pluriétagées prédominantes en L5-S1 avec arthroses des articulations postérieures de L4 à S1 des deux côtés et rehaussements interépineux L3-L4. Il a également mentionné les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de status après traitement chirurgical d'une lésion des tendons de l'épaule droite, status après ostéosynthèse de l'extrémité distale du radius droit et status après ablation de matériel d'ostéosynthèse (AMO) du radius distal. Dans le cadre de la rédaction de son rapport, il a pris connaissance des pièces au dossier, a résumé l'anamnèse professionnelle, actuelle et par systèmes, ainsi que les status cardio-vasculaire, neuro- et ostéo-musculaire. S'agissant plus particulièrement de la colonne vertébrale, il a relevé qu'il n'y avait pas de trouble majeur de la statique vertébrale. En se fondant sur ses constatations, le Dr R. _____ a estimé que l'activité habituelle d'agriculteur indépendant n'était plus exigible, car elle ne respectait pas les limitations fonctionnelles dues à l'état dégénératif de la colonne. Toutefois, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (alternance à sa guise de la position debout avec la position assise, éviter les travaux penché en avant ou en porte-à-faux, ainsi que le port et le soulèvement de charges de plus de 10 kg), correspondant à une activité sédentaire ou semi-sédentaire, la capacité de travail de l'assuré était entière, sans baisse de rendement. Les conclusions de l'expert ne sont pas sérieusement remises en cause. Certes, le Dr F. _____ soutient que la capacité de travail de son patient n'est que de 50 % dans une activité adaptée. Toutefois, il ne motive pas cette appréciation, sinon par l'intolérance à la position assise prolongée (cf. rapport du 9 juin 2022 à l'OAI). Or le Dr R. _____ a bien indiqué qu'était adaptée une activité permettant à l'assuré d'alterner à sa guise la position debout avec la position assise. On relèvera dans ce cadre que le poste de magasinier n'a été cité qu'à titre d'exemple par l'expert, qui visait avant tout les activités sédentaires et semi-sédentaires. A cet égard, il a été relevé à maintes occasions dans la jurisprudence que les activités des secteurs de la production et des services visées par le niveau de compétence 1 (activités physiques ou manuelles simples) du tableau TA1_skill_level de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) comprennent un nombre suffisant d'activités correspondant à des travaux légers respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis telles que celles retenues à l'égard du recourant (cf. TF 8C_280/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 7.2.3 ; 8C_507/2022 du 28 novembre 2022 consid. 6.4 ; 8C_659/2022 du 17 février 2022 consid. 4.3.1 ; 8C_122 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.4). Pour sa part, le recourant a fait pour l'essentiel grief à l'expert de n'avoir pas retenu qu'il devait pouvoir exercer une activité lui permettant de se coucher, afin de

soulager son dos. Toutefois, le Dr F. _____ n'a pas mentionné dans ses différents rapports que son patient avait besoin d'arrêter son travail pour se mettre en position couchée. Le médecin traitant a uniquement relevé, en tant que limitation fonctionnelle, « l'intolérance [à la] position assise prolongée ». c) C'est donc à juste titre que l'intimée a retenu que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 7 avril 2022, date à laquelle il a été examiné par l'expert. Sur cette base, elle a examiné la situation du recourant – alors âgé de 58 ans et agriculteur indépendant depuis 1982 – au regard de l'état du marché du travail et a constaté qu'un changement d'activité était exigible, puis a procédé au calcul de la perte de gain en comparant le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité. Elle a déterminé ce dernier sur la base de l'ESS 2018, TA1_skill_level, tous secteurs confondus, niveau de compétence 1 pour les hommes, sans abattement supplémentaire. Le recourant n'a soulevé aucun grief sur l'exigibilité d'un changement de profession ou sur la comparaison des revenus opérée par l'intimée. Il est constant que les lombalgies dont il souffre sont durables et qu'il est hautement probable qu'il ne retrouvera pas sa capacité de travail dans son activité habituelle. Par ailleurs, ni son âge, ni ses limitations fonctionnelles ne constituent en soi un obstacle à sa réinsertion sur le marché du travail (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2 ; TF 9C_839/2017 du 24 avril 2017 consid. 6.2 ; 9C_789/2016 du 5 avril 2017 consid. 5.2). En outre, contrôlé d'office, le calcul de la perte de gain opérée par l'intimée ne prête pas le flanc à la critique. 6. Le recourant a fait valoir dans sa dernière écriture qu'une nouvelle expertise ou un complément d'expertise était nécessaire. Comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à ordonner un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1). 7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPG), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPG ; ATF 127 V 205 consid. 4b). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 28 septembre 2022 par M. _____ SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ M. _____ 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 :