

# **GE\_GERICHTE ATAS/442/2021 vom 5. Mai 2021**

GE Cour de justice, 2021-05-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_442\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_442_2021)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/442/2021 du 5 mai 2021

IT: GE\_GERICHTE ATAS/442/2021 del 5 maggio 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément.

### **E. 3**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

### **E. 4**

L'objet du litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimée au-delà du 31 décembre 2019, singulièrement sur l'existence d'une incapacité de travail au-delà de cette date.

### **E. 5**

a. Aux termes de l'art. 67 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de 15 ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens de l'art. 68 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 (art. 72 al. 1 LAMal). Les prestations prises en charge sont rattachées à la période d'incapacité de travail (art. 72 al. 1bis LAMal). Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de

A/1514/2020 - 15/28 - travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA). À défaut d'accord contraire, le droit prend naissance le troisième jour qui suit le début de la maladie. Le versement des prestations peut être différé moyennant une réduction correspondante du montant de la prime. Lorsque la naissance du droit à l'indemnité journalière est subordonnée à un délai d'attente convenu entre les parties, durant lequel l'employeur est tenu de verser le salaire, ce délai peut être déduit de la durée minimale du versement de l'indemnité journalière (art. 72 al. 2 LAMal). b. Selon l'art. 72 al. 2 LAMal, le versement d'une indemnité journalière d'assurance-maladie suppose une incapacité de travail. 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 p. 53; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème édition, Bâle 2007, p. 783 ch. 1124). 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, l'estimation médico-théorique de l'incapacité de travail n'est pas déterminante (RAMA 2005 KV 342 p. 356; ATF 114 V 281 consid. 1c ; cf. également Eugster, ibidem). c. 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 ; ATF 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 (Eugster, op. cit., p. 784 ch. 1127). 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 (RAMA 2000 KV 112 p. 122 consid. 3a p. 123; cf. aussi 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 (SJ 2000 II consid. 2b p. 440). En revanche, un délai d'adaptation de dix-sept jours pour retrouver un emploi est manifestement insuffisant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_546/2007 du 28 août 2008, consid. 3.4).

## **E. 6**

a. Le fait de s'être assuré pour une indemnité journalière d'un montant donné et d'avoir payé les cotisations correspondantes n'ouvre pas forcément droit au versement de la somme assurée en cas d'incapacité de travail (ATF 110 V 322 consid. 5, 105 V 196; RAMA 2000 n° KV 137 p. 355 consid. 3c, 1987 n° K 742 p.

A/1514/2020 - 16/28 - 275 consid. 1, 1986 n° K 702 p. 464 consid. 2a; Eugster, Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, in: LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, p. 539). Encore faut-il que l'assuré subisse une perte de gain dans une mesure justifiant le paiement du montant assuré (RAMA 2000 n° KV 137 p. 355 consid. 3c, 1998 n° KV 43 p. 421 consid. 2a). À l'issue du délai, le droit à l'indemnité journalière, cas échéant réduite, dépend donc de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré, qui se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'ici et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession. La perte de gain chiffrée en pourcent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle (ATF 114 V 286 consid. 3c in fine et arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 31/04 du 9 décembre 2004 consid. 2.2 in fine). Il convient d'appliquer les principes régissant le calcul du taux d'invalidité, notamment l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et le taux d'abattement (Béatrice DESPLAND, L'obligation de diminuer le dommage en cas d'atteinte à la santé,

2012, p. 69). b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1\_skill\_level, à la ligne « total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail

A/1514/2020 - 17/28 - d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). c. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

## **E. 7**

a. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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 et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, 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 également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la

description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3a). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin

A/1514/2020 - 18/28 - traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). d. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

## **E. 8**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA)

ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de

A/1514/2020 - 19/28 - preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

## **E. 9**

a. En l'occurrence, selon le contrat-cadre de la Fédération vaudoise des entrepreneurs, l'avenant au contrat établi le 27 novembre 2017 et les conditions générales, l'assurance « indemnité journalière selon [la] LAMal » conclue par l'employeur prévoit le versement d'une indemnité journalière en cas de maladie ou de maternité couvrant 80% du salaire pendant 730 jours, sous déduction (« imputation ») d'un délai d'attente de 14 jours. Les certificats versés au dossier attestent d'une incapacité de travail pour cause de maladie depuis le 1er juin 2018, de sorte que des indemnités journalières auraient pu être versées, au plus tard, jusqu'au 16 mai 2020 (716 jours après le 1er juin 2018). b. Dans sa décision sur opposition du 28 avril 2020, confirmant une décision initiale datée du 11 septembre 2019, l'intimée, sur la base du rapport d'expertise du CEMed, a retenu que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 31 décembre 2019. Par ailleurs, l'intimée a réclamé la restitution des indemnités perte de gain maladie versées du 1er au 31 mai 2018, à une période où l'assuré touchait également des prestations de l'assurance-accidents. En outre, l'intimée a relevé qu'elle avait omis de déduire des indemnités versées le délai d'attente de 14 jours, qui une fois additionnées aux autres indemnités versées à tort, portait la somme due en restitution à CHF 5'235.75 au total (45 jours x CHF 116.35). c. De son côté, le recourant conteste les conclusions de l'expert, lequel n'a selon lui pas tenu compte de ses plaintes et de l'anamnèse. Le recourant énumère les plaintes consignées dans l'expertise, dont il déduit que sont réunis les critères diagnostics pour des « troubles dépressifs sévères ». S'agissant de son manque d'adhésion au traitement médicamenteux, le recourant relève qu'en raison de maux d'estomacs, il a uniquement suspendu son traitement pendant 3 jours, sur indication de son médecin traitant. Quant au fait que ses plaintes aient été jugées vagues, le recourant rétorque que cela résulte de sa maîtrise insuffisante de la langue française, et que l'expert aurait néanmoins dû constater qu'il souffrait de troubles dépressifs sévères, au vu des déclarations qu'il a consignées et des critères de la CIM-10. Le recourant soutient que l'expert en orthopédie n'a pas non plus tenu compte de ses plaintes, ainsi que des rapports de ses médecins, de sorte que ses conclusions ne peuvent pas davantage être entérinées.

## **E. 10**

a. La chambre de céans constate que l'expertise orthopédique et psychiatrique du CEMed est fondée sur une anamnèse complète, sur les indications subjectives de l'assuré, des examens cliniques complets, ainsi qu'une discussion interdisciplinaire

A/1514/2020 - 20/28 - du cas. En outre, ses conclusions sont motivées de manière succincte mais suffisante, de sorte qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante. Il ressort de cette expertise que, sur le plan somatique, l'assuré se plaint essentiellement de lombalgies. Selon l'expert en chirurgie orthopédique, l'examen clinique n'a pas mis en évidence de déficit, tandis que l'examen radiologique a démontré une discopathie avec protrusion discale L5-S1, sans conflit radiculaire, ainsi que des séquelles d'une dystrophie vertébrale de croissance en zone thoraco-lombaire (sans incidence sur l'équilibre vertébral antéro-postérieur). L'expert a relevé, entre autres, que le rachis thoracique était plutôt raide, alors que le rachis lombaire était souple, et que l'assuré pouvait marcher sans boiter, bien qu'il se plaignait de douleurs au niveau de la fesse et du mollet gauche. L'expert a noté que les douleurs étaient réduites par des antalgiques morphiniques de type Targin. À l'issue de son examen, l'expert a estimé que l'assuré souffrait de douleurs lombaires modérées, exacerbées lors d'efforts lourds, dont l'intensité au repos ne s'expliquait pas entièrement par l'examen clinique et les imageries. L'expert en chirurgie orthopédique n'a pas retenu d'autres limitations fonctionnelles que celles liées aux levées de charges. Son appréciation rejoint dans une large mesure celle du Dr H\_\_\_\_\_, lequel a examiné le recourant en novembre 2018 et constaté une absence de troubles statiques majeurs, préconisant donc une reprise du travail. Le Dr H\_\_\_\_\_ a précisé qu'il avait déjà eu l'occasion d'examiner l'intéressé en 2013, en raison d'une symptomatologie douloureuse identique, laquelle avait alors évolué favorablement après cinq mois d'arrêt de travail et permis une reprise de l'activité professionnelle. Sur le plan psychiatrique, l'expert s'est dit perplexe quant à la nature réelle des troubles en présence, à leur évolution dans le temps et à la présence de nombreuses discordances. Par rapport à la symptomatologie psychique décrite par l'assuré (réminiscences et cauchemars, depuis la vision du suicide d'un cousin, dont il aurait été témoin par visioconférence, semble-t-il en janvier 2019), l'expert a indiqué que l'on pouvait admettre que le décès avait déclenché un choc initial, que la perte du proche était à l'origine d'un processus de deuil et que ce tout devait en principe évoluer favorablement dans le temps. Or, lorsque l'assuré racontait son vécu, les émotions étaient peu présentes, en l'absence notamment de dysphorie ou de colère, qu'impliquerait une situation de deuil. L'évolution allait plutôt vers une chronicisation et en définitive, les plaintes exprimées demeuraient assez vagues et aspécifiques. Par ailleurs l'expert-psychiatre a relevé certaines discordances, dont le fait que l'assuré disait se replier sur lui-même, alors qu'il conservait des relations avec un certain nombre de tiers (l'expertise évoque les contacts réguliers de l'intéressé avec ses amis, son frère cadet, son oncle, sa belle-famille, ainsi qu'une « assez bonne » entente avec son épouse), mais également le fait qu'il n'adhérait pas à son traitement médicamenteux, alors qu'il disait aller très mal (l'expertise précise que la prise de sang a révélé un taux de duloxétine inférieur à 30 nmol/l). À

A/1514/2020 - 21/28 - ce propos, l'expert-psychiatre a relevé que l'assuré, invité à faire une prise de sang, avait admis qu'il ne prenait pas vraiment son traitement et que son épouse avait par la suite téléphoné au CEMed pour indiquer qu'en raison des effets secondaires, le Dr E\_\_\_\_\_ lui avait conseillé d'arrêter. Il existait également un décalage entre l'aspect subjectif – qui contenait des éléments de gravité – alors qu'objectivement, aucune atteinte

thymique n'était observée ; l'humeur était euthymique – l'assuré était la plupart du temps souriant –, son énergie vitale était conservée dans les faits, et il n'y avait ni atteinte cognitive, ni atteinte de l'estime de soi, ni culpabilité. Une symptomatologie anxieuse significative n'était pas non plus mise en évidence. En définitive, les experts ont conclu que dans une activité adaptée, permettant d'éviter le port de charges au-delà de 20 kg, une reprise du travail était exigible à 50%, puis à 100% après 2 à 3 mois, moyennant une kinésithérapie. b. Les brefs rapports de la Dresse M\_\_\_\_\_ et du Dr E\_\_\_\_\_ produits par l'assuré à l'appui de son opposition, puis de son recours (cf. rapports de la Dresse M\_\_\_\_\_ des 28 octobre et 9 juin 2020 ; rapports du Dr E\_\_\_\_\_ des 25 novembre 2019 et 20 mai 2020), ne sauraient se voir reconnaître une valeur probante équivalente à celle de l'expertise. D'une part, la chambre de céans doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3a). D'autre part, la juridiction de céans constate que les rapports produits par l'assuré dans le cadre de la présente procédure ne contiennent ni status clinique complet, ni conclusions motivées. En particulier, dans ses rapports d'octobre 2019 et de juin 2020, la Dresse M\_\_\_\_\_ n'a ni justifié médicalement son diagnostic d'épisode dépressif sévère, ni fourni d'explications circonstanciées au sujet de l'état de santé de l'assuré et de sa capacité de travail, en particulier dans une activité adaptée sans port de charges lourdes, telle que préconisée par les experts. La Dresse M\_\_\_\_\_ n'a pas non plus pris position sur les conclusions des experts ou leurs constatations cliniques. De surcroît, il sied de relever que les rapports rédigés par cette psychiatre dans le cadre des procédures parallèles en matière d'assurance-invalidité et d'indemnités journalières LAMal fournissent une description contradictoire de l'événement dont le recourant aurait été témoin, en évoquant alternativement le suicide d'un oncle en mars 2019 (cf. rapport du 8 avril 2019 adressé à l'assurance-invalidité) et le suicide d'un cousin en janvier 2019 (cf. rapport du 9 juin 2020 annexé à la réplique). On relèvera incidemment que dans le recours (p. 3), il est mentionné que le suicide remonterait au mois de mai 2018, ce qui diverge des informations données par le recourant à l'expert-psychiatre et ajoute encore à la confusion en ce qui concerne la date de l'événement invoqué. Par ailleurs, l'allégation de la Dresse M\_\_\_\_\_ selon laquelle l'assuré lui aurait été adressé par son médecin généraliste « pour une prise en charge d'un épisode dépressif sévère avec des idées suicidaires » est sujette à caution, puisque le rapport du médecin généraliste ayant précédé le premier entretien de cette psychiatre avec l'assuré n'évoque aucun diagnostic d'ordre psychiatrique (dans le rapport que le Dr E\_\_\_\_\_ a transmis par fax à l'assurance-

A/1514/2020 - 22/28 - invalidité le 31 janvier 2019, il est seulement indiqué que l'assuré envisageait alors un suivi psychiatrique en raison de possibles phobies sociales, sans allusion à un épisode dépressif ou au suicide d'un proche). Pour le reste, le Dr E\_\_\_\_\_ a énuméré en novembre 2019 quelques symptômes (attaques de panique, perturbation du sommeil, agressivité, troubles de la concentration et douleurs), dont il a déduit qu'il était prématuré de se prononcer en faveur d'une reprise du travail, puis dans un rapport subséquent, il a préconisé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Toutefois, ce médecin n'a pas non plus pris position de manière circonstanciée sur les conclusions des experts et le contenu de leur rapport. C'est le lieu de rappeler que pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert(e) aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments

objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3). Or, les médecins consultés par l'assuré n'ont fourni aucun élément de ce genre, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du CEMed. c. L'argumentation exposée par le recourant ne remet pas non plus en question les conclusions des experts. Énumérant les plaintes dont il a fait état durant l'expertise, telles qu'elles ressortent du rapport du CEMed, le recourant fait essentiellement valoir qu'au vu de celles-ci, l'expert psychiatre se devait de retenir un diagnostic psychiatrique et de conclure à une incapacité de travail, dans la mesure où il présenterait clairement des « troubles dépressifs sévères » au sens de la CIM-10. Toutefois, la chambre de céans observe qu'il n'appartient pas au recourant – ni au juge – de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent des tâches du corps médical. L'appréciation du caractère vraisemblable des plaintes rapportées par le recourant est un débat qui relève typiquement de la compétence du corps médical et dans lequel le juge ne saurait en principe s'immiscer. Par ailleurs, il y a lieu de relever que l'expert-psychiatre (tout comme l'expert en orthopédie) a fondé son opinion non seulement sur les déclarations du recourant, mais aussi sur ses propres observations cliniques et sur l'anamnèse qu'il a résumée. Enfin, en présence d'un tableau clinique difficile à appréhender en raison de certaines discordances entre les plaintes rapportées et les observations de l'expert, les conclusions médicales du CEMed ne sauraient être mises en cause du simple fait qu'elles ne concordent pas avec les attentes du recourant ou avec les conclusions de ses médecins traitants (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_365/2019 du 19 juillet 2019 consid. 3.2 et 9C\_127/2016 du 9 novembre 2016 consid. 6.2). d. Au vu de ce qui précède, l'intimée était fondée à se rallier aux conclusions de l'expertise et à retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant présentait, au 31 décembre 2019, une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à son état de santé.

A/1514/2020 - 23/28 -

## **E. 11**

Reste à examiner si l'intimée était en droit de mettre fin au versement de l'indemnité journalière à partir 31 décembre 2019. a. Tout d'abord, il convient de préciser que contrairement à ce que laisse entendre le recourant, l'incapacité de travail dans l'activité antérieure de peintre en bâtiment n'est pas « seule déterminante » en l'occurrence. En effet, le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, mais seulement 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 (art. 6 LPGA ; cf. supra consid. 5c). Or, compte tenu de son obligation de diminuer le dommage, on pouvait raisonnablement exiger du recourant – alors âgé de 33 ans et présentant une incapacité de travail de longue durée dans sa profession antérieure – qu'il recherche une nouvelle activité professionnelle. Dans les faits, le temps d'adaptation imparti au recourant par la décision du 11 septembre 2019 a été d'environ trois mois lequel apparaît approprié à la situation (ATF 114 V 289 s. consid. 5b ; ATF 129 V 463 consid. 4.3). b. Pour que l'intimée, qui indemnise à certaines conditions une incapacité de travail à partir de 25 % (art. 13 al. 1 des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière), soit tenue d'octroyer l'indemnité journalière au-delà du 31 décembre 2019, il faudrait que le recourant ne puisse réaliser dans une activité de substitution plus que le 75 % du revenu qui aurait été le sien dans son activité de peintre en bâtiment sans

l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 56/05 du 31 août 2006 consid. 5.2 et les références citées). c. En l'occurrence, l'intimée a évalué le revenu sans invalidité à CHF 53'086.80 en 2019 (soit 2132 heures [horaire conventionnel selon le contrat-cadre de la Fédération vaudoise des entrepreneurs] x CHF 24.90 [salaire horaire selon la déclaration de sinistre]), chiffre qui n'est pas contesté par le recourant. d. S'agissant du revenu d'invalidé, il convient de se référer aux données statistiques ressortant de l'ESS (ATF 126 V 76 consid. 3b/bb). Vu l'activité de substitution exigible du recourant dans un emploi adapté, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau 1) dans le secteur privé, soit CHF 64'080.- par année (CHF 5'340.- x 12 ; ESS 2016, TA1\_skill\_level, ligne total). Étant donné que les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire de travail inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41.7 heures par semaine ; office fédéral de la statistique - statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 66'803.- (CHF 64'080.- x 41.7 / 40), puis à CHF 67'751.- une fois indexé à 2019 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (de 2016 à 2019, l'indice est passé de 2'395 à 2'429 ; soit CHF 66'803.- x 2'429 / 2'395). e. Même si l'on voulait retrancher dudit montant un abattement de 25%, soit le maximum admis par la jurisprudence, le revenu d'invalidé s'élèverait encore à

A/1514/2020 - 24/28 - CHF 50'814.- (0.75 x CHF 67'751.-) et la perte de gain ne s'élèverait qu'à 4.3% ((CHF 53'087.- - CHF 50'814.-) / CHF 53'087.- = 4.3%). Inférieur à 25%, ce taux est insuffisant pour permettre le maintien des indemnités journalières (art. 13 al. 1 des conditions générales de l'intimée ; ATAS/766/2019 du 27 août 2019 consid. 11b). C'est donc à bon droit que l'intimée a mis fin au versement desdites indemnités avec effet au 31 décembre 2019.

## **E. 12**

février 2019, la décision informelle de l'intimée d'accorder des indemnités journalières maladie dès le 1er mai 2018 était manifestement entachée d'une erreur, dont elle ne s'est rendu compte qu'à la suite du traitement de l'opposition formée par le recourant le 8 octobre 2019 (cf. courrier de l'intimée du 11 février 2020, intitulé « reformatio in pejus »).

L'intimée a simultanément pris conscience du fait qu'elle avait versé par erreur les indemnités journalières pendant le délai d'attente de 14 jours, alors que celui-ci doit être imputé sur la durée du droit aux prestations, selon l'art. 7 de ses conditions générales, de sorte que lesdites indemnités auraient normalement dû être versées depuis le 15 juin 2018 plutôt que depuis le 1er mai 2018. La rectification de la décision (informelle) d'accorder des indemnités journalières entre le 1er mai et le 14 juin 2018 revêtant par ailleurs une importance notable, dès lors qu'elle porte sur une somme de l'ordre de CHF 5'000.-, l'intimée était en droit de reconsidérer sa décision initiale et de demander la restitution des montants versés à tort. e. Le recourant ne prétend pas avoir droit à la somme de CHF 5'235.75 réclamée en restitution, mais se limite à soutenir qu'il l'a perçue de bonne foi et qu'un remboursement le placerait dans une situation financière difficile. Ce faisant, le recourant invoque des arguments qui ne visent pas à contester le bien-fondé de la créance en restitution mais correspondent, en réalité, à une demande de remise de l'obligation de restituer. Toutefois, il n'appartient pas à la chambre de céans d'examiner si le recourant remplit les conditions de la bonne foi et de la situation financière difficile, dès lors qu'une demande de remise ne peut être traitée sur le fond que si la décision de restitution est entrée en force (cf. supra consid. 12 c). C'est à l'intimée qu'il appartiendra de se prononcer sur la

demande de remise, une fois la présente décision entrée en force. L'intimée sera donc invitée à statuer sur la demande de remise du recourant, en lui notifiant une décision formelle (ATAS/690/2020 du 26 août 2020 consid. 11).

**E. 13**

Le dossier permettant à la chambre de céans de se prononcer en connaissance de cause sur le bien-fondé de la décision attaquée, il est inutile d'ordonner une expertise judiciaire, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a).

**E. 14**

Eu égard à tout ce qui précède, le recours sera rejeté et la décision du 28 avril 2020 confirmée.

A/1514/2020 - 27/28 -

**E. 15**

Enfin, l'intimée requiert le versement d'une indemnité de dépens. Elle ne peut toutefois y prétendre, dès lors que selon la jurisprudence (ATF 126 V 149 consid. 4), les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, en-dehors d'exceptions non réalisées en l'espèce, telles qu'un recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré.

**E. 16**

La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA-GE). \*\*\*\*\*

A/1514/2020 - 28/28 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant À la forme :

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