

## **GE\_GERICHTE A/3075/2017 vom 16. November 2017**

GE Cour de justice, 2017-11-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3075\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3075_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/3075/2017 du 16 novembre 2017

IT: GE\_GERICHTE A/3075/2017 del 16 novembre 2017

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 16.11.2017  
A/3075/2017

A/3075/2017 ATAS/1030/2017 du 16.11.2017 ( LAMAL ), PARTIELMNT ADMIS  
Recours TF déposé le 11.01.2018, rendu le 16.03.2018, IRRECEVABLE, 9C\_5/2018 En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/3075/2017 ATAS/1030/2017 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 16 novembre 2017 5 ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE recourant contre MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1974, était employé auprès de la régie B\_\_\_\_\_ à Genève en tant que concierge du 4 mai 2012 au 30 juin 2015, date à laquelle il a été licencié. A ce titre, il bénéficiait d'une couverture perte de gain selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) auprès de Mutuel Assurance-maladie SA (ci-après : Mutuel ou l'assureur), dans le cadre d'un contrat collectif d'assurance d'indemnités journalières contracté par son employeur.![endif]>![if> 2. Depuis le 1 er janvier 2015, une incapacité de travail totale pour cause de maladie est attestée. ![endif]>![if> 3. Le 27 janvier 2015, l'assuré a été opéré du tunnel carpien droit.![endif]>![if> 4. Selon le rapport du 4 février 2015 du docteur C\_\_\_\_\_, l'assuré souffre de problèmes du tunnel carpien à droite et à gauche depuis décembre 2014. Après avoir été opéré à droite, il devrait également être opéré à gauche. Il présente des douleurs avec lâchages aux deux mains.![endif]>![if> 5. Une IRM dorsale pratiquée le 10 février 2015 a confirmé la syringomyélie. Quant à la hernie discale D8-D9, de localisation paramédiane gauche, elle appuyait sur la partie antérieure du fourreau dural sans répercussion sur les racines. Il y avait également une spondylose dorsale antérieure étagée.![endif]>![if> 6. Une IRM cervicale réalisée le 12 février 2015 a montré une syringomyélie s'étendant de C5 jusqu'au plateau inférieur C7, une protrusion discale C5-C6 et, plus accusée, en C6-C7 en contact avec la racine C7 droite, et une arthrose des facettes articulaires postérieures.![endif]>![if> 7. Dans son rapport reçu le 1 er mai 2015 par l'assureur, le Dr C\_\_\_\_\_ a confirmé son diagnostic précédent et a repris les diagnostics mis en évidence par les IRM. La plaie à la main droite était mal cicatrisée et il y avait une parésie de ce membre, ainsi qu'une névralgie forte. L'assuré devait éviter le port de charges et la station debout. Par ailleurs, l'utilisation de la main droite était difficile. Un contact avec l'assurance-invalidité avait été établi, en vue d'une reconversion de l'assuré.![endif]>![if> 8. Le 10 août 2015, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a communiqué à l'assuré qu'il prenait en charge une mesure d'orientation professionnelle auprès des Établissements publics pour l'intégration (EPI) du 31 août au 25 septembre 2015.![endif]>![if> 9. Le 14 août 2015, l'assuré a fait l'objet d'une expertise médicale par la doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en médecine manuelle. Dans son rapport du 19 août 2015, l'experte a posé les diagnostics de syndrome

du tunnel carpien bilatéral opéré à droite début 2015 et existant depuis fin 2014, ainsi que de cervico-brachialgies et lombo-sciatalgies bilatérales dans le contexte de modifications dégénératives de protrusions non compressives existantes depuis décembre 2014. Quant à la durée de l'incapacité de travail, il fallait compter entre deux à huit semaines d'incapacité de travail après une cure de tunnel carpien, selon le type d'activité professionnelle. Pour les douleurs ostéo-articulaires chroniques, il n'y avait pas de raison pour une incapacité de travail prolongée si l'activité pouvait être adaptée. La capacité de travail était de 100 % dès à présent, en respectant les limitations fonctionnelles, à savoir l'adoption de positions variables et sans sollicitation extrême du rachis et sans port de charges lourdes. L'incapacité de travail pourrait être améliorée par une physiothérapie avec instruction d'exercices d'étirements et de renforcement musculaire, notamment de la nuque et du tronc, pour améliorer la tolérance à l'effort. Les douleurs multiples de l'assuré n'étaient expliquées que partiellement par les données objectives. La syringomyélie était étendue dans la longueur, mais prenait peu de place dans la transversale et n'était pas associée à une malformation de la charnière cervico-occipitale. Partant, elle ne provoquait pas de symptôme déficitaire significatif. Seule une hypo-sensibilité superficielle était constatée dans l'hémicorps gauche. Les réflexes ostéo-tendineux étaient plutôt faibles, mais symétriques, et la force musculaire conservée, sans amyotrophie visible. Il y avait deux signes sur cinq selon Waddell en faveur d'un processus non-organique. 10. Par décision du 4 septembre 2015, Mutuel a fait savoir à l'assuré qu'il disposait d'une capacité totale de travail dans le cadre d'une activité adaptée à son état de santé, soit à un poste où il lui était possible de varier les positions, sans sollicitation extrême du rachis et sans port de charges lourdes. En tenant compte de sa situation concrète (âge, formation et expérience) et l'état du marché du travail, un changement d'activité était tout à fait exigible, les emplois respectant ses limitations fonctionnelles se trouvant en nombre suffisant dans le secteur de la protection et des services. Quant au revenu d'invalidité, il devait être évalué sur la base des statistiques et réduit en fonction de l'importance des empêchements propres à la personne. En l'occurrence, une déduction de 5 % sur le revenu d'invalidité était adéquate. Cela étant, l'assureur était disposé à payer une indemnité journalière de transition pour changement d'occupation jusqu'au 31 décembre 2015. Par ailleurs, dès lors que le calcul ne laissait apparaître aucune perte de gain, il cessait le versement de ses prestations dès cette date. 11. Selon le rapport du 27 octobre 2015 des EPI, l'assuré a montré pendant le stage une parfaite adéquation à un environnement professionnel. Les difficultés positionnelles et de préhension étaient bien visibles, sans que l'assuré ait été démonstratif. Tout travail manuel dans le circuit économique ordinaire est actuellement compromis. Toutefois, l'assuré a de bonnes capacités d'apprentissage. Une mise au courant pour une courte formation en entreprise ou une formation plus formelle serait indiquée pour lui faciliter la réadaptation professionnelle. Le problème réside dans son état physique qui n'est largement pas stabilisé. Il a aussi une faible résistance au niveau des doigts et des poignets dans les travaux répétitifs, ce qui rend certains travaux difficiles, même l'utilisation d'un crayon. Pour l'usage d'un cutter, la force lui manquait et les douleurs étaient présentes au bout de quelques minutes. Ainsi, toute manipulation d'outils dans un poste salarié paraissait impossible en ce moment. Le tonus et la résistance semblaient également insuffisants pour reprendre une activité professionnelle, même dans un poste adapté. 12. Par courrier reçu le 30 octobre 2015 par l'assureur, l'assuré a formé opposition à la décision du 4 septembre 2015 et a transmis à l'assureur le rapport précité des EPI. Il a précisé qu'il était conscient que le délai de trente jours était largement dépassé. Cependant, dès lors qu'il ne

pouvait pas exercer une activité adaptée actuellement, il a demandé à l'assureur de revoir sa décision. Il l'a en outre informé qu'il devait encore se faire opérer de la main gauche et refaire un examen pour savoir pourquoi la main droite n'était toujours pas guérie à 100 %, les fourmillements et douleurs au niveau du poignet et des doigts persistant.!

13. Le 6 novembre 2015, l'assureur a considéré que l'opposition était tardive et partant irrecevable, de sorte que sa décision du 4 septembre 2015 était entrée en force. Quant à l'opération de la main gauche, ce type d'intervention justifiait une incapacité de travail post-opératoire d'environ quatre à six semaines. A condition que l'opération eût lieu rapidement, la durée de convalescence entrerait dans le délai-cadre de son droit aux indemnités journalières de transition ouvert jusqu'au 31 décembre 2015. L'assureur a invité en outre l'assuré à convenir d'une date d'opération avec son chirurgien le plus rapidement possible, conformément à l'obligation de diminuer le dommage.!

14. Par communication reçue le 10 décembre 2015, l'assuré a informé l'assureur que l'opération de la main droite [recte gauche] aura lieu le 11 janvier 2016.!

15. Dans son rapport du 3 février 2016, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état d'une rééducation qu'il fallait voir avec le docteur E\_\_\_\_\_. La reprise de travail ne pouvait pas encore être déterminée et dépendait de l'évolution. Dans les restrictions physiques, il a mentionné l'absence de port de charges, de la station debout, de la marche et une limitation de la force dans les mains. L'activité exercée précédemment n'était plus exigible ni une activité adaptée. Les restrictions ne pouvaient être réduites par des mesures médicales.!

16. Selon l'avis du 10 février 2016 du médecin-conseil de l'assureur, le docteur F\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail consécutive à l'opération du 11 janvier 2016 de la main gauche est au maximum de six semaines.!

17. Par décision du 16 février 2016, l'assureur a communiqué à l'assuré qu'il poursuivra exceptionnellement le versement des indemnités journalières jusqu'au 29 février 2016 à 100 %.!

18. Par courrier reçu le 15 mars 2016 par l'assureur, l'assuré a formé opposition à cette décision, tout en contestant également la décision du 4 septembre 2015. Il a indiqué qu'il ne pouvait toujours pas reprendre une activité adaptée au vu de son état de santé physique. Par ailleurs, sa main gauche ne cicatrisait pas comme elle devrait. Il manquait de force, même pour ouvrir une bouteille d'eau. Le Dr E\_\_\_\_\_ avait l'intention de refaire des examens, afin de comprendre pourquoi la main droite n'était toujours pas guérie à 100 %. Suite aux opérations, des fourmillements et des douleurs insupportables persistaient en outre au niveau des poignets et des doigts à droite et à gauche. L'assuré a enfin invité Mutuel à requérir des renseignements détaillés auprès du Dr E\_\_\_\_\_.!

19. Par décision du 10 mai 2016, l'assureur a déclaré l'opposition irrecevable. Par arrêt du 29 septembre 2016, la chambre de céans a annulé cette décision et a renvoyé la cause à l'intimée pour statuer sur le fond ( ATAS/780/2016 ).!

20. Le 27 avril 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ a attesté que l'état de santé s'était amélioré depuis mars 2016. Il n'y avait plus de limitations fonctionnelles et la capacité de travail était de 100 % en tant que concierge.!

21. Une IRM du poignet gauche effectuée le 25 mai 2016 a conclu à un status post-opération du tunnel carpien, un nerf médian avec un aspect ovalaire, à contours irréguliers, de signal légèrement hétérogène avec remaniement fibreux de voisinage, un signal homogène de l'extrémité distale du radius et du cubitus, une discrète ténosynovite du long fléchisseur propre du pouce et des signes d'arthrose modérée trapézo-métacarpienne. !

22. Par courrier du 13 mars 2017, l'assuré a demandé à l'assureur le paiement de CHF 36'822.50 à titre d'indemnités journalières depuis mars 2016 à ce jour, ainsi que de CHF 1'000.- pour des honoraires de son mandataire. Il a fait valoir que le Dr E\_\_\_\_\_ n'avait pas indiqué dans son rapport qu'il

était guéri, mais que son état de santé n'était que globalement amélioré. ![/endif]>![if > 23. Dans son rapport du 12 avril 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution du syndrome de tunnel carpien bilatéral était subjectivement défavorable après les opérations. Objectivement, l'évolution était favorable à droite. A gauche, il y avait une amélioration selon l'ENMG de contrôle. La capacité de travail médico-théorique était de 100% dès le 1<sup>er</sup> avril 2016.![endif]>![if > 24. Par décision du 13 avril 2017, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles de reclassement. Sur recours de l'assuré, cette décision a été réformée dans le sens que celui-ci a droit à une rente d'invalidité entière d'octobre 2015 à mai 2016, par arrêt du 14 septembre 2017 de la chambre de céans ( ATAS/794/2017 ).![endif]>![if > 25. Mutuel a mis en œuvre une expertise du recourant par le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main. Dans son rapport du 10 mai 2017, cet expert a posé les diagnostics de syringomyélie filiforme C5-C7 et D7-L1, spondylo-discarthrose étagée modeste C4-C7, protrusion discale paramédiane gauche D8-D9, troubles dégénératifs étagés mineurs de la colonne lombaire avec anomalie transitionnelle lombo-sacrée, neuropathie irritative du cubital au coude gauche, status après décompression chirurgicale du tunnel carpien bilatéral en janvier 2015 et 2016 et status après plusieurs entorses de la cheville gauche. La syringomyélie cervico-dorsale avec troubles sensitivo-moteurs des quatre membres, d'évolution insidieuse depuis une dizaine d'année, affectait la capacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Quant aux troubles dégénératifs étagés du rachis, ils étaient modestes et n'affectaient pas la capacité de travail. Il s'agissait de lésions banales. L'accident survenu fin octobre 2014 avait guéri sans séquelle à la fin de l'année 2014. Dans l'activité adaptée habituelle de concierge industriel, l'assuré présentait une capacité de travail de 75 %, en renonçant aux efforts les plus lourds, lesquels étaient estimés à 25 %. Dans une activité adaptée, ne nécessitant pas de manutention particulièrement lourde, le recourant était apte à reprendre le travail à 100 %. L'activité adaptée idéale devait être dépourvue de manutention lourde et s'exercer en position semi-assise et permettre à l'assuré de changer librement de position. Une petite conciergerie, la vente dans une épicerie ou dans une station d'essence ou le travail dans l'industrie légère et des travaux de surveillance pourraient convenir. La capacité de travail était complète dès le printemps 2016, après guérison des troubles liés à la dernière intervention chirurgicale effectuée le 11 janvier 2016. Dans les plaintes, l'expert mentionnait des dorso-lombalgies diffuses avec une intensité entre 2 et 6 sur 10 dans l'échelle de la douleur, pouvant irradier à la face latérale de la cuisse droite et dans la fesse gauche. Ces douleurs augmentaient lors de la station debout, assise ou couchée prolongée et diminuait lors des changements de position et sous l'effet de médicaments antalgiques et anti-inflammatoires. Le recourant se plaignait aussi d'une tuméfaction douloureuse surtout matinale du poignet et des doigts longs des deux mains, prédominant à droite, avec une intensité entre 2 et 6 sur 10. Ces douleurs augmentaient à l'effort et diminuaient au repos. Parfois, il y avait une douleur au contact d'objets durs au-dessus de la cicatrice du tunnel carpien gauche. Fréquemment, les derniers doigts des deux mains s'engourdissaient, ainsi que la plante des deux pieds et les deux fesses, surtout dans les positions assises prolongées. Les engourdissements disparaissaient lorsqu'il changeait de position ou à la marche. La nuit, le recourant se réveillait régulièrement en raison d'acroparesthésies dans l'hémimain et parfois à cause de fourmillements plantaires. Il n'y avait pas de diminution de la force de préhension ni lâchage d'objet. L'assuré ne savait pas dans quelle profession se diriger. Il souhaitait une activité professionnelle en position semi-assise lui permettant de bouger librement, sans manutention lourde. ![/endif]>![if > 26. Dans son rapport du 31 mai 2017,

le médecin-conseil de Mutuel a constaté que la capacité de travail de l'assuré comme concierge était de 75 % depuis le printemps 2016. Dans une activité adaptée, une pleine capacité de travail était exigible, pour autant qu'il n'y eût pas de manutention particulièrement lourde.![endif]>![if> 27. Par décision du 20 juin 2017, Mutuel a rejeté l'opposition de l'assuré, sur la base de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_.![endif]>![if> 28. Par acte du 12 juillet 2017, l'assuré a formé opposition totale à cette décision, en se fondant sur le rapport des EPI, lequel confirmait que tout travail manuel dans le circuit économique ordinaire était actuellement compromis. Il continuait par ailleurs à souffrir terriblement de douleurs dans les deux mains et également au dos. Les opérations de la main gauche en date du 11 janvier 2016 et de la main droite en février 2015 n'avaient pas amélioré l'état de ses mains. Notamment, la main gauche ne cicatrisait pas comme elle devrait et avait perdu en force. Une faible résistance au niveau des doigts et des poignets dans les travaux répétitifs persistait. A cela s'ajoutaient des douleurs insupportables au bout de quelques minutes.![endif]>![if> 29. Le 18 juillet 2017, Mutuel a transmis le courrier précité à la chambre de céans comme objet de sa compétence.![endif]>![if> 30. Par acte du 8 septembre 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de dépens. Elle a rappelé que la Dresse D\_\_\_\_\_ avait indiqué qu'après une cure de tunnel carpien, il fallait compter entre deux à huit semaines d'incapacité de travail selon le type d'activité professionnelle et que, pour les douleurs ostéo-articulaires chroniques, il n'y avait pas de raison d'incapacité de travail prolongée, si l'activité pouvait être adaptée. Partant, selon ce médecin, dans une activité adaptée, la reprise du travail était exigible à 100 % dès le 14 août 2015. Suite à l'intervention chirurgicale de la main gauche en date du 11 janvier 2016 par le Dr E\_\_\_\_\_, ce dernier a attesté que le syndrome du tunnel carpien bilatéral était guéri, après une neurolyse des deux côtés, de sorte que le recourant était en mesure de reprendre le travail de concierge à 100 %. En outre, contrairement à ce que laissait entendre le rapport des EPI, le Dr G\_\_\_\_\_ avait conclu à une capacité de travail totale dans une activité adaptée, ne nécessitant pas de manutention particulièrement lourde. Ainsi, le rapport des EPI, qui s'est fondé sur des observations faites entre août et septembre 2015, n'était plus d'actualité. Les constatations des EPI n'étaient en outre corroborées médicalement par aucun médecin et l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ avait une pleine valeur probante, le recourant n'ayant apporté aucun élément médical supplémentaire permettant de la mettre en doute. En vertu de l'obligation de diminuer le dommage, il devait par ailleurs entreprendre des démarches pour trouver un emploi dans une activité adaptée. Or, il en avait été informé en septembre 2015 déjà par l'intimée. En tout état de cause, dès lors qu'il avait été licencié, il devait entreprendre des démarches pour trouver un nouvel emploi.![endif]>![if> 31. Dans sa réplique du 2 octobre 2017, le recourant a conclu implicitement à l'annulation de la décision et à l'octroi des prestations. Il a fait valoir que le Dr G\_\_\_\_\_ n'avait pas indiqué qu'il était définitivement guéri. De surcroît, l'expert préconisait une aide au placement. Quant au Dr E\_\_\_\_\_, il a indiqué que l'évolution du syndrome du tunnel carpien était défavorable à gauche. Or, il ne pouvait travailler avec une seule main. En réalité, il souffrait de douleurs atroces au niveau des deux mains et du dos. ![endif]>![if> 32. Sur ce, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 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) en vigueur depuis le 1 er janvier 2011, 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).![endif]>![if> Sa compétence

pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGa). 3. L'objet du litige est le droit du recourant aux prestations de l'intimée dès mars 2016. 4. 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). b. Selon l'art. 3 al.1 LPGa est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. Le droit à l'indemnité journalière selon la LAMal suppose une incapacité de travail, définie conformément à l'art. 6 LPGa, réduite de moitié au moins (art. 72 al. 2 première phrase LAMal). La jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie (LAMA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 1995) est également applicable sous le nouveau régime de la LAMal (ATF 128 V 152 , consid. 2a; RAMA 1998 n° KV 45 p. 430). Selon cette jurisprudence, les assureurs peuvent prévoir dans leurs statuts qu'il y a un droit à l'indemnité journalière également lors d'un taux d'incapacité de travail inférieur (ATF 114 V 281 consid. 1a p. 282). Aux termes de l'art. 13 ch. 1 des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal (ci-après: CGA) de l'intimée, une indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail de 25 % au moins. Selon la jurisprudence, 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 et les références). Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut, selon la jurisprudence, établir dans quelle mesure l'assuré ne peut plus, en raison de l'atteinte à la santé, exercer son activité antérieure, compte tenu de sa productivité effective et de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger de lui (RAMA 2005 KV n°342 p. 356; ATF 114 V 281 , consid. 1c). c. En cas d'incapacité de travail de longue durée, on peut raisonnablement exiger de l'assuré, conformément à son obligation de diminuer le dommage qui est un principe général du droit des assurances sociales, qu'il utilise sa capacité de travail résiduelle dans un autre secteur d'activité professionnelle, à condition qu'un laps de temps suffisant lui soit imparti pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé (ATF 9C\_546/2007 du 28 août 2008, consid. 3.4; ATF 129 V 463 , consid. 4.2). Ce principe a été codifié à l'art. 6, deuxième phrase LPGa. 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 jusque-là est due - pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi (RAMA 2000 KV n°112 p. 122 consid. 3a). 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). d. L'assureur-maladie ne peut toutefois se défaire de son obligation d'indemniser la perte de gain de l'assuré en se fondant uniquement sur la seule évaluation médico-théorique de la capacité de travail dont ce dernier dispose dans sa nouvelle activité. Il reste tenu au paiement de l'indemnité journalière, le cas échéant dans une mesure réduite, tant que subsiste chez l'assuré un dommage résiduel dû à la maladie et couvert par les conditions d'assurance. Ce dommage se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans maladie dans la

profession exercée jusqu'ici et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession. Toutefois, l'assureur n'est tenu d'indemniser l'assuré de la perte de gain que lorsque celle-ci correspond à un taux d'incapacité de travail assuré (ATF 114 V 281 consid. 3c p. 286 s.). 5. En l'espèce, l'intimée ne conteste pas la qualité d'assuré du demandeur au-delà de la résiliation du contrat de travail avec effet au 30 juin 2015. Il est à cet égard de relever que, selon l'art. 71 LAMal, l'assuré a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur, lorsqu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés définis par le contrat (al. 1), soit en l'occurrence les employés du preneur d'assurance. L'assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle. S'il omet de le faire, l'assuré reste dans l'assurance collective (al. 2). 6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 157, consid. 1b et les références). S'agissant de la capacité de travail, les tâches du médecin consistent à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités il est incapable de travailler, d'autre part à déterminer les travaux qui peuvent encore raisonnablement être exigés de lui (ATF 125 V 256, consid. 4). 7. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'experte 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. 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 118 V 286, consid. 1b). 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au

sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2; ATF 125 V 351, consid. 3b/ee). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'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 dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3 et les références). 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). 9. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 10. a. En mai 2017, l'assuré fait l'objet d'une expertise par le Dr G\_\_\_\_\_, lequel émet les diagnostics de syringomyélie filiforme C5-C7 et D7-L1, spondylo-discarthrose étagée modeste C4-C7, protrusion discale paramédiane gauche D8-D9, troubles dégénératifs étagés mineurs de la colonne lombaire avec anomalie transitionnelle lombo-sacrée, neuropathie irritative du cubital au coude gauche, status après décompression chirurgicale du tunnel carpien bilatéral en janvier 2015 et 2016 et status après plusieurs entorses de la cheville gauche. La syringomyélie cervico-dorsale avec troubles sensitivo-moteurs des quatre membres affecte la capacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Par contre, les troubles dégénératifs étagés du rachis n'ont aucune répercussion sur la capacité de travail. Il en va de même des troubles sensitivo-moteurs des quatre extrémités. Dans une activité adaptée, sans manutention lourde et en position semi-assise permettant de changer librement de position, la capacité de travail est totale. Considérant que l'évolution est stationnaire depuis une année, l'expert considère que le recourant a recouvré la capacité de travail après guérison des troubles liés à la

dernière intervention chirurgicale effectuée le 11 janvier 2016. ![/endif]>![if> b. L'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ remplit les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître en principe une pleine valeur probante, ayant été établie sur la base du dossier médical complet, prenant en considération les plaintes de l'assuré, reposant sur un examen clinique approfondi et contenant des conclusions bien motivées. Le Dr G\_\_\_\_\_ a notamment eu connaissance du rapport des EPI et a ainsi pu réévaluer la situation médicale en toute connaissance de cause. Selon cet expert, avant la stabilisation de l'état de santé en printemps 2016, le recourant n'a pas recouvré une capacité de travail. Cela paraît convaincant au vu des faiblesses du recourant lors de la mesure d'orientation professionnelle. Comme le relève à juste titre l'intimée, le recourant ne s'appuie sur aucun avis médical contraire et faisant état d'éléments médicaux nouveaux ignorés par l'expert, qui aurait permis de mettre en cause son expertise et en particulier sa conclusion, selon laquelle le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cela étant, il y a lieu de suivre les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_, lesquelles sont de surcroît confirmées par le Dr E\_\_\_\_\_, lequel considère dans son rapport du 27 avril 2016 que le recourant a recouvré une capacité de travail totale dès le mars 2016. Certes, le chirurgien atteste une année plus tard, soit le 12 avril 2017, que la capacité de travail n'est totale que dès le 1<sup>er</sup> avril 2016. Cependant, l'appréciation directement après l'opération paraît plus crédible. Ainsi, il y a lieu d'admettre, au niveau somatique, une incapacité de travail totale jusqu'à fin février 2016, puis une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée dès cette date. 11. Se pose dès lors la question de savoir s'il y a lieu d'octroyer au recourant une période d'adaptation, compte tenu de la nécessité de changer d'activité.![endif]>![if> L'intimée expose à cet égard que le recourant a déjà été informé en septembre 2015 qu'il devait retrouver un emploi ou faire des démarches nécessaires pour s'inscrire auprès de l'assurance-chômage. De toute manière, dès lors qu'il a été licencié pour fin juin 2015, il devait rechercher un nouvel emploi. Par ailleurs, la nouvelle incapacité de travail de janvier 2016 n'a pas péjoré l'état de santé de l'automne 2015, lorsque l'intimé a indiqué à l'assuré qu'il disposait d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Cependant, il s'est avéré, lors du stage d'orientation professionnelle aux EPI en septembre 2015, que l'état de santé du recourant n'était pas stabilisé et qu'il ne pouvait être employé dans le marché économique ordinaire malgré sa motivation et son investissement dans la mesure, selon les maîtres socioprofessionnels. Au demeurant, il a dû être opéré encore le 11 janvier 2016. Ainsi, l'appréciation de la capacité de travail par la Dresse D\_\_\_\_\_ en août 2015, selon laquelle le recourant était capable de travailler dès cette date dans une activité adaptée, est contredite par ce stage. Le Dr G\_\_\_\_\_ a au demeurant considéré qu'avant la stabilisation de l'état de santé en printemps 2016, le recourant n'a pas recouvré une capacité de travail. Cela étant, il convient d'admettre que le recourant n'était pas en mesure de trouver un autre emploi avant de s'être remis de sa dernière opération, soit avant mars 2016. Partant, il y a lieu de lui accorder une période d'adaptation jusqu'à fin mai 2016. Ainsi, l'intimée lui doit encore des indemnités journalières pour les mois de mars à mai 2016. 12. Reste à examiner la perte de gain résultant du fait que le recourant doit changer d'activité.![endif]>![if> a. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus avec et sans invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même

moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174 ). 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). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). 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'enquête suisse sur la structure des salaires - 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, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). 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 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). 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). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à

l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

b. En l'espèce, il appert que la perte de gain du recourant est minime, en changeant d'activité. En effet, l'OAI l'a déterminée à 1,9 %. Ce faisant, il s'est fondé pour le salaire avec invalidité sur l'Enquête suisse de la structure des salaires (ESS) 2014, TA1, niveau 1 pour les hommes. Après avoir réactualisé ce salaire à 2015 et pris en considération la durée normale hebdomadaire de travail de 41,7 heures, il a établi ce salaire à CHF 66'633. Il a toutefois admis un abattement de ce salaire de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, de sorte que le salaire avec invalidité s'élève à CHF 59'969.-. Comparé au salaire sans invalidité de CHF 61'100.-, la perte de gain est ainsi de 1,9%. Ce calcul est en principe conforme à la jurisprudence précitée. Certes, il se pose la question de savoir s'il est conforme au droit de se fonder sur un salaire d'invalidé supérieur, avant l'abattement de 10%, au salaire de valide. Toutefois, même en considérant que les salaires avec et sans invalidité à prendre en considération sont identiques, il appert que le recourant ne présente pas une perte de gain lui ouvrant le droit à une rente. En effet, seul un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles peut être admis à titre de réduction des salaires statistiques retenus pour le gain avec invalidité, si bien que la perte de gain reste inférieure à 10%. Ce taux d'invalidité est inférieur au taux d'incapacité de travail minimal de 25% à partir duquel l'assuré a droit à l'indemnité journalière aux termes du contrat, si bien que le recourant ne peut prétendre à être indemnisé pour sa perte de gain. 13. Cela étant, le recours sera partiellement admis et la décision réformée dans le sens que le recourant a droit au paiement des indemnités journalières jusqu'au 31 mai 2016. 14. Le recourant réclame également une indemnité à titre de participation aux frais et honoraires de son mandataire. Il est vrai que le recours est formé en nom du recourant à l'entête du Bureau de gestion administrative. Toutefois, le nom dactylographié du recourant est indiqué à la fin du recours au-dessus de la signature, ce qui a fait supposer à la chambre de céans que le recourant a signé son recours en personne. De ce fait, aucune procuration en faveur de son prétendu mandataire n'a été demandée. Certes, il est ajouté également "Bureau de gestion" avant la signature, mais il s'agit d'un ajout manuscrit. Par ailleurs, à partir du chiffre 5, le recours est rédigé dans un mauvais français avec une structure de phrase souvent incomplète et difficilement compréhensible. Par courrier du 23 août 2017, le Bureau de gestion administrative, sous la plume de M. H\_\_\_\_\_, a enfin informé la chambre de céans que le recourant ne faisait plus partie de la domiciliation dans son bureau avec effet immédiat. Au vu de ces éléments, il convient de constater que le recourant a rédigé lui-même son recours, au degré de la vraisemblance prépondérante. Cela étant, il ne peut prétendre à des dépens. \*\*\* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement. 3. Réforme la décision du 20 juin 2017 dans le sens que le recourant a droit aux indemnités journalières jusqu'au 31 mai 2016. 4. Refuse au recourant une indemnité

à titre de dépens.!

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.!

La greffière Diana ZIERI La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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