RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1514/2020 **ATAS/442/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 mai 2021

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Julien FIVAZ	recourant

contre

PHILOS ASSURANCE MALADIE SA, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY	intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseur·e·s

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1986, marié et père de deux enfants, a travaillé dès le 1er décembre 2017 auprès de l'entreprise B_____ Sàrl, en qualité de peintre en bâtiment. À ce titre, il était assuré auprès de Philos assurance maladie SA (ci-après : Philos ou l'intimée) pour la perte de gain en cas de maladie, par le biais du contrat-cadre auquel son employeur a adhéré.

2. Le 26 mars 2018, Philos a reçu copie d'une déclaration de sinistre LAA, dans laquelle l'assuré, par l'intermédiaire de son employeur, a annoncé à la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) que, le 15 mars 2018, il avait glissé d'une échelle. Il souffrait d'une inflammation du dos et les premiers soins lui avaient été dispensés par le docteur C_____, radiologue.

3. Dans un bilan d'imagerie par résonnance magnétique lombaire (ci-après : IRM) du 7 mai 2018, le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à des séquelles d'une maladie de Scheuermann, à une dégénérescence discale L5-S1 avec discopathie, ainsi qu'à une protrusion discale L5-S1 de localisation médiane et paramédiane, sans contrainte sur les racines sous-jacentes.

4. Dans un courrier adressé à l'assuré le 25 mai 2018, dont une copie a été transmise à Philos, la SUVA a indiqué qu'elle prévoyait de clôturer le cas au 1er juin 2018 et de mettre fin au versement des prestations versées jusqu'alors (indemnités journalières et frais de traitement). La prise en charge de l'incapacité de travail relevait désormais de l'assurance-maladie.

5. Le 21 juin 2018, l'employeur a annoncé à Philos que l'assuré présentait une incapacité de travail à 100% depuis le 15 mars 2018, en raison d'un « mal de dos ».

6. À la demande de Philos, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne, a complété un rapport le 27 juin (recte : juillet) 2018. Il y a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de contusion lombaire sur chute d'un échafaudage (de 2 à 3 mètres) le 15 mars 2018. L'assuré se plaignait de douleurs lombaires avec irradiation sciatique. Cliniquement, le Dr E_____ constatait une rigidité de la charnière lombo-sacrée. Les limitations fonctionnelles rencontrées dans la profession de peintre en bâtiment étaient des douleurs en cas de port de charges. L'assuré demeurait totalement incapable de travailler depuis le 15 mars 2018 et une reprise totale du travail était prévue d'ici « quelques mois ». S'agissant du pronostic, il était favorable, mais l'assuré présentait encore des douleurs trop importantes. Une imagerie radiologique devait encore être effectuée.

7. Le 21 août 2018, Philos a invité la SUVA à rendre une décision formelle sujette à opposition.

8. Le Dr E_____ a adressé à Philos un nouveau rapport le 4 août 2018, dans lequel il a retenu le diagnostic incapacitant de hernie discale lombaire posttraumatique. L'assuré avait développé une sciatalgie liée à son hernie discale lombaire, après

avoir chuté d'une échelle, dans le contexte d'une ancienne maladie de Scheuermann.

9. Le 6 septembre 2018, la SUVA a transmis copie d'une appréciation émanant de son médecin d'arrondissement et a invité Philos à lui indiquer si elle maintenait sa demande de décision formelle.

   Dans son appréciation du 5 septembre 2018, la docteure F_____, médecin d'arrondissement, a indiqué que l'assuré, âgé de 32 ans, avait chuté d'une hauteur de 1.5 m. Son médecin traitant, qui n'avait pas précisé les circonstances de la chute, avait retenu une contusion lombaire avec persistance de douleurs. L'IRM lombaire réalisée le 7 mai 2018 avait mis en évidence des séquelles d'une maladie de Scheuermann, mais également des atteintes des disques, avec dégénérescence discale plus accentuée en L5-S1 et protrusion discale, ce qui entrait dans le cadre d'une discopathie dégénérative et non traumatique. Par ailleurs, le médecin traitant n'avait retenu qu'une contusion lombaire, sans syndrome vertébral ou radiculaire, ni trouble sensitivo-moteur. Selon le médecin d'arrondissement, on pouvait retenir que l'assuré avait présenté une contusion lombaire, consécutive à une chute. Cette chute n'avait pas entraîné de lésion structurelle observable sur l'IRM, puisqu'il n'en ressortait ni fracture, ni hématome, ni lésion traumatique visible. Les seules lésions mises en évidence par l'imagerie étaient des séquelles d'une maladie de Scheuermann et des discopathies avec dégénérescence discale, plus accentuée en L5-S1, ainsi que des protrusion discale L5-S1 et une déchirure partielle de l'anneau fibreux. Ces lésions visibles étaient des légions dégénératives et de croissance. Au vu de l'absence de lésion structurelle, et du fait que le diagnostic retenu était une contusion lombaire, sans hématome visible, on pouvait retenir que la contusion lombaire était peu grave et qu'elle devait guérir en 4 à 6 semaines. La persistance des douleurs devait être mise sur le compte des lésions préexistantes. En définitive, il pouvait être retenu que la chute du 15 mars 2018 avait cessé de totalement déployer ses effets au plus tard le 7 mai 2018.

10. À la demande de Philos, l'assuré a déposé, le 14 septembre 2018, une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), dans laquelle il a invoqué des lombosciatalgies et une possible maladie de Scheuermann.

11. Dans un rapport daté du 1er novembre 2018, le docteur G_____, spécialiste FMH en cardiologie, a indiqué que l'assuré se plaignait d'une douleur thoracique atypique, mais que l'examen clinique s'était révélé sans particularité. L'électrocardiogramme était normal et un test d'effort devait encore être réalisé.

12. Le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin-conseil de Philos, a examiné l'assuré le 15 novembre 2018. Dans son rapport du 22 novembre 2018 adressé à l'assurance, ce médecin a indiqué qu'il avait déjà examiné l'assuré à la demande du Groupe Mutuel le 19 septembre 2013. Il présentait à l'époque la même symptomatologie douloureuse, qui avait évolué

favorablement après une incapacité de travail de cinq mois ; il avait donc préconisé une reprise du travail, qui avait été suivie dans les faits. L'assuré signalait avoir subi un accident le 15 mars 2018, qui avait été pris en charge par l'assurance-accidents et entraîné une incapacité de travail d'environ deux mois. Après avoir pris connaissance du dernier rapport radiologique, établi le 15 novembre 2018, le Dr H_____ estimait que l'assuré devait être apte à reprendre sa profession de peintre en bâtiment, après avoir subi une infiltration prescrite par le Dr E_____, qui devait avoir lieu en décembre 2018. La capacité de travail en tant que peintre en bâtiment devait être récupérée dès le 15 décembre 2018.

13. Dans un courrier du 22 novembre 2018 adressé au Dr E_____, le Dr H_____ a confirmé que l'assuré lui paraissait apte à reprendre progressivement son activité de peintre en bâtiment à partir du 15 décembre 2018. L'assuré se plaignait de douleurs lombaires basses en lien avec la position debout, la marche à plat à partir d'environ 200 mètres et le port de charges, ainsi que d'une sciatalgie gauche. L'IRM lombaire du 15 novembre 2018 avait mis en évidence une discopathie L5-S1 modérée, associée à une protrusion circonférentielle non significative, identique à celle qui était ressortie de l'IRM de mai 2018. L'examen du rachis effectué le 22 novembre 2018, à l'instar de celui effectué en septembre 2013, n'avait pas montré de troubles statiques majeurs.

14. Dans une brève attestation datée du 25 janvier 2019, le médecin-conseil de Philos a indiqué que les limitations fonctionnelles à respecter dans une activité adaptée consistaient à éviter le port de charges supérieures à 10-15 kg, ainsi que les positions en porte-à-faux et en équilibre instable, notamment sur des échafaudages ou des échelles. Il a par ailleurs préconisé la mise en œuvre d'une expertise.

15. Par décision formelle du 22 janvier 2019, reçue par Philos le 12 février 2019, la SUVA a mis fin à ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) avec effet au 1er juin 2018. Selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, on pouvait considérer qu'au plus tard 6 semaines après l'accident du 15 mars 2018, l'état de santé était tel qu'il aurait été sans accident. Les troubles qui subsistaient actuellement n'étaient plus dus à l'accident. La SUVA clôturait donc le cas au 1er juin 2018 et la prise en charge de l'incapacité de travail relevait désormais de l'assurance-maladie.

16. Dans un rapport de radiographie EOS de la « colonne totale » (en position debout), daté du 10 avril 2019, les docteurs I_____ et J_____, radiologues auprès des Hôpitaux universitaire de Genève (ci-après les HUG), ont indiqué n'avoir constaté ni anomalie significative de la statique sur le plan frontal, ni de scoliose significative. En revanche, il existait un rétro-listhésis L4-L5 de 5 mm.

17. L'assurance a diligenté une expertise auprès du Centre d'expertises médicales de Nyon (CEMed). L'assuré a été examiné les 5 avril et 8 mai 2019 par le Professeur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, ainsi que par le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport, daté

du 27 juin 2019, les experts ont retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de discopathie L5-S1 et de séquelles d'une dystrophie vertébrale de croissance, avec raideur thoracique. Ils ont par ailleurs écarté tout diagnostic d'ordre psychiatrique.

Les experts ont rappelé qu'en 2013, après avoir chuté d'un escabeau, l'assuré avait souffert de douleurs lombaires avec irradiations au niveau de la fesse à gauche. Un arrêt de travail lui avait alors été prescrit. L'assuré avait ensuite repris son activité de peintre entre 2013 et 2018, avant de subir une nouvelle chute en mars 2018, ayant provoqué des douleurs au niveau lombaire avec irradiations vers la fesse gauche. Depuis lors, cette douleur – dont l'assuré évaluait l'intensité à 10/10 – n'évoluait que peu, hormis avec la prise d'antalgiques de type Targin. Le traitement était uniquement antalgique et selon l'assuré, la physiothérapie s'était révélée inutile. L'assuré n'avait pas repris son travail depuis mars 2018 et avait l'impression qu'il ne pourrait pas supporter les charges qu'impliquait cette activité. Une demande de reclassement auprès de l'assurance-invalidité lui avait été refusée. Les IRM montraient essentiellement une discopathie avec une protrusion discale L5-S1, sans conflit radiculaire. L'examen clinique orthopédique ne montrait ni déficit moteur ou sensitif, ni amyotrophie. Le rachis thoracique était rigide, tandis que le rachis lombaire était souple, et les douleurs lombaires avec irradiations au niveau de la fesse et de la cuisse gauche étaient déclenchées par tous les mouvements des membres inférieurs. La marche était effectuée sans boiterie et l'assuré pouvait également sautiller des deux côtés, bien qu'il se plaignait de douleurs au niveau de la fesse et du mollet, du côté gauche.

Âgé de 33 ans, marié et père de deux enfants, l'assuré disait aller mal sur le plan psychique depuis 4 mois, soit au début de l'année 2019, après avoir été témoin visuel à distance (entretien au téléphone avec vidéo) du suicide de son cousin par pendaison. Il affirmait avoir été traumatisé par ce vécu, qu'il n'arrivait pas à oublier et qui l'aurait changé. Pour cette problématique, il indiquait être suivi depuis le mois de fin février 2019 par une psychiatre-psychothérapeute, la doctoresse M_____, qu'il voyait toutes les trois semaines environ. Il était traité par Cymbalta. Il n'y avait aucun rapport de la Dresse M_____ disponible au dossier. Globalement, l'assuré estimait que son état ne s'améliorait pas, que ce soit sous l'angle psychique ou somatique.

L'assuré se plaignait de douleurs de type lombalgies, irradiant au niveau des cuisses et des fesses, plutôt du côté gauche. L'examen clinique ne montrait pas de déficit, tandis que l'examen radiologique mettait en évidence une discopathie avec protrusion discale L5-S1, sans conflit radiculaire. On remarquait également les séquelles d'une dystrophie vertébrale de croissance en zone thoraco-lombaire. À l'issue de l'évaluation, l'expert-psychiatre faisait part de sa perplexité, notamment en ce qui concernait la nature réelle des troubles en présence, l'évolution globale dans le temps ou la présence de nombreuses discordances : l'assuré disait présenter une symptomatologie psychique depuis la vision du suicide de son cousin. Il

évoquait avant tout des symptômes intrusifs (réminiscences et cauchemars), qui pourraient être mis en relation avec une forme d'état de stress aigu, mais d'autres aspects, comme le fait de s'enfermer au domicile, d'être devenu plus irritable, d'avoir des pensées négatives, ne pouvaient s'expliquer uniquement par un vécu traumatique. On pouvait admettre que ce vécu avait déclenché un choc initial avec une réaction émotionnelle, que la perte de son cousin 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 ; le deuil impliquerait une dysphorie ou de la colère, que l'expert ne constatait pas. L'évolution allait plutôt vers une chronicisation et en définitive, les plaintes exprimées demeuraient assez vagues et aspécifiques. Par ailleurs il y avait passablement de discordances, comme 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), ou encore le fait qu'il n'était pas compliant sur le plan médicamenteux (l'expertise précise que la prise de sang a révélé un taux de duloxétine inférieur à 30 nmol/l) alors qu'il disait aller très mal. À ce propos, l'expert psychiatre relevait que l'assuré, invité à faire une prise de sang, avait admis qu'il ne prenait pas vraiment le traitement, puis quelque temps plus tard, sa femme avait téléphoné au CEMed pour dire qu'en raison des effets secondaires, le Dr E_____ lui avait conseillé d'arrêter. Il existait également un décalage entre le subjectif – qui contenait des éléments de gravité – alors qu'objectivement, aucune atteinte thymique n'était par exemple observée ; l'humeur de l'assuré était euthymique (il 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 conclusion, aucun diagnostic psychiatrique ne pouvait être posé et il n'y avait donc pas d'incapacité de travail à retenir pour des motifs strictement psychiques. En définitive, les experts concluaient qu'une reprise de l'activité habituelle n'était pas envisageable, en raison de restrictions pour le port de charges. En revanche, dans une activité adaptée permettant d'éviter le port de charges au-delà de 20 kg, une reprise du travail à 50% était exigible. Une augmentation progressive à 100% était exigible après une kinésithérapie active, d'une durée d'environ 2 à 3 mois.

18. Invité à se déterminer sur le rapport d'expertise, le médecin-conseil de l'assurance a préconisé la reprise d'une activité adaptée dans l'immédiat, soit dès le 26 juillet 2019.

19. Par décision du 11 septembre 2019, Philos a retenu que l'assuré était capable d'exercer à 100% une activité adaptée, lui permettant d'éviter le port de charges supérieures à 20 kg. En vertu de son obligation de diminuer le dommage, l'assuré devait mettre à profit sa capacité résiduelle de travail, le cas échéant dans une autre activité. À cet égard, l'assurance acceptait de lui verser une indemnité journalière

« de transition » jusqu'au 31 décembre 2019, date à laquelle le versement des prestations prendrait fin. En effet, à cette date, il résultait de la comparaison des revenus une perte de gain nulle, donc insuffisante pour permettre le maintien de l'indemnité journalière.

20. Le 8 octobre 2019, l'assuré a formé opposition contre cette décision, soulignant que sa capacité de travail ne s'était pas améliorée depuis l'annonce de son incapacité de travail, le 15 mars 2018, comme en témoignait un rapport de la Dresse M_____.

21. Par pli du 17 octobre 2019, Philos a constaté que l'assuré n'avait joint aucun rapport de la Dresse M_____ à l'appui de son opposition, de sorte qu'elle lui fixait un délai au 31 décembre 2019 pour la motiver.

22. L'assurance a reçu un courrier rédigé le 28 octobre 2019 par la Dresse M_____, dans lequel on pouvait lire : « je soussignée certifie suivre dans ma consultation le patient susnommé depuis février 2019. Il a été adressé par son médecin généraliste pour une prise en charge d'un épisode dépressif sévère avec des idées suicidaires. Cet état dépressif s'est aggravé par un deuil compliqué. Il a perdu son oncle. Ce dernier s'est suicidé. Cet oncle, un père de substitution, s'est occupé du patient depuis qu'il était enfant. Le père du patient est décédé d'une crise cardiaque alors que [l'assuré] avait 11 ans. Il a probablement souffert d'une première dépression non soignée, selon anamnèse. Sa deuxième dépression est survenue en 2013, suite au décès de son patron au travail, qu'il considérait comme un père bienveillant. Il avait une relation proche avec ce dernier qui est décédé d'une crise cardiaque. L'épisode actuel est survenu suite à un accident de travail. Il souffre de douleurs chroniques qui limitent son autonomie et diminuent sa qualité de vie. Il est au bénéfice d'un traitement psychiatrique-psychothérapeutique. Il est sous traitement médicamenteux de Cymbalta (60mg /j) et Stilnox (10 mg /j) ».

23. Le 25 novembre 2019, l'assurance a reçu un bref rapport établi par le Dr E_____, attestant que l'assuré souffrait encore de troubles psychiques importants (possible syndrome posttraumatique avec attaques de panique fréquentes, sommeil très perturbé, nervosité, agressivité, agitation, concentration perturbée), nécessitant un suivi psychiatrique par la Dresse M_____, mais également d'importantes douleurs lombaires justifiant encore un traitement (Co-Dafalgan et Irfen 600). Le Dr E_____ jugeait actuellement impossible d'affirmer que l'assuré pourrait reprendre le travail, alors qu'il présentait toujours des symptômes. À son sens, on ne pouvait déjà se prononcer en faveur d'une reprise du travail le 1er janvier 2020.

24. Invité à se déterminer sur ces rapports, le médecin-conseil de l'assurance, le docteur N_____, a relevé, le 27 novembre 2019, que la Dresse M_____, en se limitant à évoquer le suicide d'un oncle (à une date inconnue), ainsi que le décès du père de l'assuré (lorsqu'il avait 11 ans) et de son ancien patron (en 2013), n'avait mis en évidence aucun élément nouveau sur le plan clinique. Le médecin-conseil relevait également que l'épisode actuel était survenu « suite à un accident du travail » et que les limitations alléguées étaient des « douleurs chroniques ». Sur le plan

psychiatrique, aucun motif ne permettait de revenir sur les conclusions de l'expertise. Sur le plan somatique, il n'avait pas non plus été mis en évidence d'élément nouveau, de sorte que les conclusions du CEMed restaient valables.

25. Dans un courrier adressé à l'assuré le 11 février 2020, intitulé « reformation in pejus », Philos a indiqué avoir constaté qu'elle avait versé à tort des indemnités perte de gain maladie du 1er au 31 mai 2018, à une période où l'assuré touchait également des prestations de l'assurance-accidents. En outre, aucun délai d'attente de 14 jours n'avait été retenu sur le versement des indemnités journalières maladie. En conséquence, elle réclamait à l'assuré la restitution des prestations versées à tort, soit CHF 5'235.75 (45 jours x CHF 116.35).

26. Par décision sur opposition du 28 avril 2020, notifiée le lendemain, l'assureur a rejeté l'opposition et réformé sa décision du 11 septembre 2019, « dans le sens que la fin du droit aux indemnités journalières au 31 décembre 2019 [était] confirmée et que les prestations perçues à tort [devaient] être remboursées, soit un montant de CHF 5'235.75 ».

    L'expertise était probante, contrairement aux rapports produits par l'assuré à l'appui de son opposition, lesquels avaient été établis postérieurement à la décision et n'apportaient aucun élément nouveau ou objectivement vérifiable. Contrairement au médecin traitant – qui avait évoqué des troubles psychiques associés à des problèmes dorsaux, ainsi qu'une symptomatologie incompatible avec une capacité de travail – l'expert avait préconisé, déjà au mois de juin 2019, la reprise d'une activité sans port de charges supérieures à 20 kg, d'abord à 50%, puis progressivement à 100%, après une kinésithérapie d'une durée de 2 à 3 mois. S'agissant du rapport de la Dresse M_____, il en ressortait des indications divergentes par rapport à l'expertise, notamment le fait que l'oncle de l'assuré s'était suicidé, alors que selon l'expertise, il s'agissait de son cousin. Par ailleurs, l'expert-psychiatre avait relevé une absence d'idéation suicidaire, alors que la Dresse M_____ avait diagnostiqué un épisode dépressif sévère avec des idées suicidaires. L'assureur disait ne pas savoir quelle version était correcte. L'expert psychiatre s'était dit perplexe, notamment au sujet « la nature (réelle) des troubles en présence, [de] l'évolution globale dans le temps, ou en lien avec la présence de nombreuses discordances », et il avait relevé « passablement de discordances, comme le fait de dire qu'il [l'assuré] se replie sur lui-même, alors qu'il conserve des relations avec nombre de tiers, ou encore le fait qu'il ne soit pas compliant sur le plan médicamenteux alors qu'il dit aller très mal […] ». Le médecin traitant se contentait de déclarer qu'aucune amélioration de l'état de santé n'était intervenue, ce qui était insuffisant. C'était à bon droit que l'assureur avait mis un terme au versement des prestations avec effet au 31 décembre 2019, vu la pleine capacité de travail retenue dans une activité adaptée. C'était également à juste titre qu'il avait sollicité des prestations versées à tort du 1er au 31 mai 2018, ainsi que les indemnités journalières versées durant le délai d'attente de 14 jours « non retenu ».

27. Par acte du 29 mai 2020, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours contre cette décision. Il a conclu à ce qu'il soit dit qu'il présentait de façon permanente, depuis le 1er mai 2018, un degré d'incapacité de travail de 100%, à ce que l'assurance soit condamnée à lui verser la somme de CHF 21'600.- à titre d'indemnités journalières pour la période du 1er décembre 2019 au 31 mai 2020, et à ce qu'il soit dit qu'il n'était pas tenu de rembourser la somme de CHF 5'235.75.-.

    Aussi longtemps que l'on ne pouvait imposer un changement d'activité, l'incapacité de travail devait être évaluée au regard de la profession exercée au moment de la survenance du risque assuré. En l'occurrence, avant sa maladie, il avait travaillé comme peintre en bâtiment, profession qui impliquait divers geste et postures, mais également le port de charges lourdes. Comme il souffrait de douleurs lombaires importantes et de troubles dépressionnaires sévères (qui se traduisaient par des pensées suicidaires quotidiennes et une autonomie limitée), il était désormais incapable – comme l'avait relevé l'expert – d'exercer sa profession antérieure, laquelle était seule déterminante pour évaluer le taux d'incapacité de travail. Au vu de ses troubles dépressionnaires sévères et de ses douleurs dorsales, il était manifestement incapable à 100% d'exercer la moindre activité lucrative.

    Par ailleurs, l'expertise reposait sur des éléments de fait erronés, était incomplète et écartait ses troubles dépressionnaires sévères, sans explication et sur la base d'une erreur de plume. Ses troubles psychiques étaient pourtant handicapants au quotidien et restreignaient son autonomie. L'expertise concluait à une capacité de travail nulle dans son activité lucrative antérieure, mais entière dans une activité adaptée, alors même que c'était l'incapacité de travail dans la profession antérieure qui était déterminante. La décision sur opposition se fondait sur une expertise erronée, de sorte qu'elle ne pouvait justifier l'extinction du droit aux indemnités journalières.

    S'agissant enfin du remboursement de CHF 5'235.75 ordonné par l'assurance, le recourant soulignait qu'il avait perçu les prestations correspondantes de bonne foi et qu'un remboursement le placerait dans une situation financière très difficile, au vu de sa « capacité contributive inexistante » et du fait qu'il était inapte à exercer une activité lucrative en raison de son état de santé.

    À l'appui de son recours, le recourant a notamment joint une brève attestation manuscrite datée du 20 mai 2020, dans laquelle le Dr E_____ a évoqué un état dépressif sévère avec idées suicidaires, tout en indiquant que, contrairement à ce qu'avait affirmé l'expert, il estimait ne pas être trop proche de son patient. Il jugeait l'avis de la Dresse M_____ « plus valable » que celui de l'expert et préconisait la mise en œuvre d'une deuxième expertise sur le plan psychiatrique. Enfin, il était vrai qu'il avait dit à l'assuré d'arrêter ses médicaments pendant quelques jours, alors qu'il présentait des gastralgies.

28. Dans sa réponse du 7 juillet 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Le rapport d'expertise pluridisciplinaire – établi par des

médecins spécialisés en orthopédie et psychiatrie – ne présentait aucune incohérence et reposait sur une anamnèse ainsi que des examens médicaux complets, contrairement à ce que prétendait le recourant, de sorte qu'il revêtait une pleine valeur probante. Il ressortait de l'expertise que le recourant avait subi un premier arrêt de travail en 2013, lorsqu'il avait chuté d'une échelle, puis qu'il avait chuté d'un escabeau en mars 2018, alors qu'il avait les pieds mouillés. Il n'avait pas été possible d'accéder au dossier médical de son médecin traitant de l'époque, en raison de la procédure pénale engagée contre ce dernier. Les experts s'étaient néanmoins fondés sur un rapport de 2013, sur plusieurs rapports établis par le nouveau médecin traitant, le Dr E_____, mais également sur deux rapports d'IRM (rédigés en mai et novembre 2018), un monitoring médicamenteux et un rapport de radiographie de la colonne vertébrale établi en avril 2019. L'expert-orthopédiste avait retenu une discopathie avec protrusion discale L5-S1, tout en relevant qu'il n'y avait ni déficit moteur, ni perte de réflexes, ni amyotrophie. De son côté, l'expert psychiatre avait noté que le suicide d'un membre de la famille (oncle ou cousin) aurait déclenché les troubles psychiques ; l'expert-psychiatre avait toutefois souligné de nombreuses incohérences qui le laissaient perplexe quant à la nature réelle des troubles psychiques et à leur évolution dans le temps ; par ailleurs, au moment où une prise de sang avait dû être faite, l'assuré avait avoué qu'il ne suivait pas le traitement qui lui avait été prescrit. Ces diverses incohérences avaient conduit l'expert psychiatre à ne retenir aucune incapacité de travail d'ordre psychique. Par ailleurs, en cas d'incapacité de longue durée, on pouvait exiger de l'assuré qu'il utilise sa capacité résiduelle de travail dans un autre secteur d'activité, pour autant qu'un laps de temps suffisant lui soit imparti pour retrouver un emploi adapté. En l'occurrence, un changement d'activité avait été jugé exigible au vu des limitations fonctionnelles – qui permettaient l'exercice d'un grand nombre d'emploi dans les secteurs de la production et des services – et un délai de plus de trois mois avait été fixé au recourant (la décision formelle avait été rendue le 11 septembre 2019 et l'intimée avait mis fin aux indemnités avec effet au 31 décembre 2019). Enfin, au vu de la loi et des conditions générales applicables, l'intimée estimait être en droit de réclamer la restitution des prestations perçues à tort du 1er au 31 mai 2018, soit CHF 5'237.75.

29. Le recourant a répliqué le 10 août 2020, persistant dans ses conclusions. L'expert-psychiatre n'avait tenu compte ni de ses plaintes, ni de l'anamnèse, qui mettait pourtant clairement en évidence ses troubles dépressionnaires sévères. Il ressortait des rapports de ses médecins, mais également du rapport d'expertise, qu'il ne parvenait plus à dormir et se plaignait de troubles de la concentration, de vertiges, de maux de tête et d'un sentiment d'oppression. Il restait enfermé chez lui, ne supportait plus sa femme ou ses enfants, avait des pensées négatives, était devenu différent, triste, démotivé et n'avait aucun plaisir dans l'existence. Il avait également fait part à l'expert d'une diminution d'appétit, de cauchemars, de journées passées essentiellement à regarder la télévision ou son téléphone portable, ainsi que de difficultés à s'occuper de ses enfants, à effectuer des tâches ménagères

et à faire la cuisine. Sur la base de ces éléments, l'expert-psychiatre ne pouvait raisonnablement conclure à une absence de diagnostic et d'incapacité de travail et au contraire, le recourant estimait que les critères diagnostics pour des « troubles dépressionnaires sévères » étaient réunis. S'agissant de la prétendue discordance constatée par l'expert, en relation avec une absence d'adhésion au traitement médicamenteux, le recourant relevait qu'en raison de maux d'estomacs, il avait seulement suspendu son traitement pendant 3 jours, sur indication de son médecin traitant, ce dont il avait fait part à l'expert. Quant au fait que ses plaintes avaient été jugées vagues, le recourant rétorquait qu'étant de langue maternelle albanaise, il ne maîtrisait pas suffisamment la langue française pour s'exprimer en termes précis, mais que l'expert aurait néanmoins dû constater qu'il souffrait de troubles dépressionnaires sévères, au vu des déclarations qu'il avait consignées et des critères de la Classification internationale des maladies (ci-après : CIM-10). L'expert n'ayant pas tenu compte de l'anamnèse, des plaintes et des critères diagnostics, ses conclusions ne pouvaient être suivies. Sous l'angle somatique, le recourant jugeait que l'expert en orthopédie n'avait pas non plus tenu compte de ses plaintes, ainsi que des rapports et des diagnostics de ses médecins, de sorte que ses conclusions ne pouvaient être entérinées. Quant au remboursement de CHF 5'237.75, le recourant estimait ne pas avoir à restituer cette somme, relevant que l'intimée ne contestait ni sa bonne foi, ni sa situation économique difficile. Le recourant a notamment joint :

- un certificat établi par la Dresse M_____ le 9 juin 2020, concluant à une incapacité de travail à 100% du 1er au 30 juin 2020 ;
- une attestation établie par la Dresse M_____ le même jour : « je […] certifie que le patient susnommé continue son suivi dans ma consultation et que son état clinique reste fluctuant et fragile, malgré une bonne compliance au traitement médicamenteux et au suivi psychothérapeutique. Après lecture du courrier de l'assurance perte de gain, je constate que le patient est accusé de mensonge pour une erreur de plume de ma part en ce qui concerne le lien de parenté du patient et la personne de sa famille qui s'est suicidée en janvier 2019. Le patient m'avait bien dit que cette personne était un cousin, mais il [l']a toujours considéré[e] comme un oncle, vu l'âge du défunt et la relation proche qu'il entretenait avec ce dernier ».

30. L'intimée a dupliqué le 31 août 2020, persistant dans ses conclusions tendant au rejet du recours. L'expert-psychiatre, qui avait retenu une absence de diagnostic et d'incapacité de travail, avait motivé ses conclusions par l'existence de nombreuses discordances entre les plaintes du recourant et ses constatations cliniques (plaintes relativement vagues, décalage entre le ressenti subjectif et l'humeur euthymique observée, absence de culpabilité, d'anxiété significative, d'atteinte cognitive ou d'atteinte de l'estime de soi). S'agissant du volet somatique de l'expertise, l'intimée rétorquait que la radiographie du 10 avril 2019 complétait le dossier à disposition et notamment les IRM effectuées les 7 mai et 15 novembre 2018. Ces nouveaux

clichés avaient été effectués au département diagnostique des HUG au moyen d'un appareil EOS, technologie novatrice qui permettait de réaliser des images 2D et 3D de l'ensemble du squelette en position verticale. Ces clichés avaient fait l'objet d'un rapport médical, à teneur duquel les médecins des HUG n'avaient relevé aucune anomalie significative de la statique sur le plan frontal et un bon alignement vertébral. Enfin, au vu de la loi et de ses conditions générales, c'était à bon droit qu'elle avait requis la restitution des prestations perçues à tort du 1er au 31 mai 2018, à concurrence de CHF 5'237.75.

31. Par pli du 8 mars 2021, la CJCAS a invité l'intimée à lui transmettre diverses pièces manquantes dans le dossier.

32. Par ordonnance du même jour, la CJCAS a requis l'apport du dossier de l'assuré auprès de l'OAI.

33. Dans le dossier de l'assurance-invalidité, transmis à la CJCAS le 15 mars 2021, figuraient notamment les pièces suivantes :

    - un rapport adressé à l'assurance-accidents le 30 avril 2018, dans lequel le Dr E_____ a fait état d'une contusion lombaire, consécutive à une chute d'un escabeau et d'une persistance de douleurs ;

    - un questionnaire de la SUVA rempli par l'assuré le 4 avril 2018, dans lequel ce dernier a indiqué que le 15 mars 2018, il était tombé d'une échelle, alors qu'il était en train d'enlever du papier sur un mur pour préparer à faire de la peinture. Un homme dont il ignorait le nom mais qui « était là pour le travail » était présent au moment de l'accident. Les premiers soins lui avaient été dispensés par le docteur O_____ ;

    - un courriel daté du 26 mars 2018, par lequel l'employeur a invité la SUVA à approfondir le cas pour déterminer si l'assuré était « effectivement dans l'incapacité d'exercer son travail ». L'assuré s'était vu prescrire un certificat d'arrêt de travail d'un mois, après être tombé d'une échelle, et aucun examen approfondi ne semblait avoir été effectué. L'employeur estimait que la durée de l'arrêt de travail paraissait disproportionnée par rapport à l'inflammation et à la contusion dont souffrait l'assuré ;

    - un questionnaire de l'OAI daté du 24 octobre 2018, dans lequel l'employeur a déclaré que l'assuré travaillait « à la demande », qu'il percevait un salaire horaire (CHF 26.- par heure) et que « [il] […] n'[avait] pas travaillé un mois entier avant d'être à l'assurance » ;

    - une note d'entretien téléphonique datée du 31 janvier 2019. L'épouse de l'assuré informait l'OAI que le Dr O_____ ne voyait plus son mari depuis le mois d'avril 2018. Ce médecin rencontrait des problèmes avec la justice et la police avait saisi tous les dossiers médicaux du cabinet, dans le cadre de l'enquête judiciaire ;

- un rapport transmis par fax à l'OAI le 31 janvier 2019, dans lequel le Dr E_____ a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de hernie lombaire. Suite à sa chute d'un escabeau, avec impact sur la colonne lombaire, l'assuré souffrait de lombalgies persistantes mais supportables, ainsi que de sciatalgies gauches persistantes. Les limitations fonctionnelles étaient une incapacité à travailler avec les mains au-dessus des épaules et à porter des charges. Il existait un potentiel de réadaptation, mais encore des douleurs significatives. Pour l'instant, la capacité de travail était nulle, dans toute activité. Le Dr E_____ a conclu son rapport en précisant que l'assuré avait prévu un suivi et une évaluation psychiatrique en raison de la possibilité anamnestique qu'il souffre de phobies sociales, limitant sa capacité à travailler avec d'autres personnes ;

- un rapport rédigé par la Dresse M_____ le 8 avril 2019, retenant les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. La Dresse M_____ a précisé qu'elle suivait l'assuré depuis le 13 février 2019 et ne l'avait vu qu'à trois reprises. Arrivé en Suisse en 2007, l'assuré avait perdu son père à l'âge de 13 ans et avait été élevé par sa mère. Au mois de mars, il avait perdu un oncle, qu'il considérait comme un deuxième père, qui s'était pendu dans une forêt. L'assuré avait été anéanti lorsqu'il avait appris la nouvelle. Il y a 5 ans, il avait travaillé pour un « patron » pendant 7 ans (sic). Les deux hommes étaient très proches. Son patron était toutefois décédé d'une crise cardiaque. Actuellement, l'assuré était en arrêt de travail depuis 10 mois, suite à un accident de travail, lors duquel il était tombé d'une hauteur de 3 mètres sur les fesses. Il avait développé une douleur lombaire qui s'était installée de manière permanente, malgré des investigations demeurées vaines. Le patient présentait une thymie triste, un déficit de l'attention et de la concentration, une timidité, un ralentissement psychomoteur. Il avait l'impression que les médecins ne le croyaient pas. Il restait souvent à la maison et sortait de temps en temps pour boire un café, seul. Il accompagnait parfois sa femme pour faire les courses et passait beaucoup de temps sur son téléphone. Il s'isolait socialement et s'occupait moins de ses enfants. Actuellement, sa capacité de travail était nulle dans une activité adaptée, mais ce projet était à envisager dans un avenir proche. L'assuré était traité avec du Cymbalta et du Stilnox ;

- un rapport de la Dresse M_____ daté du 11 mai 2020. L'évolution était stationnaire depuis quelques mois, soit depuis décembre 2019. La dépression était moins sévère et le trouble somatoforme restait identique. Elle concluait à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée ;

- une décision du 18 septembre 2020, par laquelle l'OAI – dont le service médical s'était rallié aux conclusions de la Dresse M_____, tout en suggérant une révision après un an – a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 2019, puis une demi-rente d'invalidité dès le 1er mars 2020.

34. Répondant à la demande de pièces de la CJCAS, l'intimée a transmis à la juridiction cantonale, le 26 mars 2021, copie de diverses pièces de son dossier, dont un décompte des indemnités journalières versées au recourant ainsi qu'un avenant au contrat conclu par l'employeur du recourant. Il en ressortait que le délai d'attente à l'issue duquel l'intimée versait les indemnités journalières était de 14 jours.

35. Invité par la CJCAS à préciser si le recourant s'était inscrit au chômage en 2020, après qu'il eut été mis fin aux indemnités journalières qui lui étaient servies, l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) a répondu, le 9 avril 2021, que la dernière inscription de l'intéressé à l'OCE remontait au 13 février 2014 ; le recourant n'ayant pas respecté ses obligations de demandeur d'emploi, son dossier avait été annulé le 18 novembre 2015. Il ne s'était plus inscrit à l'OCE depuis lors.

36. Les dernières pièces produites par l'intimée et le courrier de l'OCE ont été transmis au recourant, pour information, les 1er et 14 avril 2021.

37. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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), 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.

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.

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).

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.

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

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).

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.

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

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).

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 LPGA), 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

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).

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

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).

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 dépressionnaires 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 dépressionnaires 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.

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

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

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-

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 dépressionnaires 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.

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'invalide, 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'invalide s'élèverait encore à

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.

12. Enfin, l'intimée réclame la restitution des indemnités journalières versées au recourant du 1er au 31 mai 2018, à une période durant laquelle l'intéressé percevait simultanément des indemnités journalières de la SUVA, ainsi que du 1er au 14 juin 2018, compte tenu du fait qu'elle a versé par erreur des indemnités journalières durant le délai d'attente de 14 jours.

a. Selon l'art. 25 al. 1 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile.

L'obligation de restituer suppose que soient remplies les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale de la décision - formelle ou non - par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 130 V 318 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 32/06 du 14 novembre 2006 consid. 3 et les références). Ceci est confirmé sous l'empire de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_512/2008 du 4 janvier 2009 consid. 4). À cet égard, la jurisprudence constante distingue la révision d'une décision entrée en force formelle, à laquelle l'administration est tenue de procéder lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 122 V 19 consid. 3a; ATF 122 V 134 consid. 2c; ATF 122 V 169 V consid. 4a; ATF 121 V 1 consid. 6), de la reconsidération d'une décision formellement passée en force de chose décidée sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à laquelle l'administration peut procéder pour autant que la décision soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 122 V 19 consid. 3a; ATF 122 V 169 consid. 4a; ATF 121 V 1 consid. 6). Ces principes sont aussi applicables lorsque des prestations ont été accordées sans avoir fait l'objet d'une décision et que leur versement, néanmoins, a acquis force de chose décidée. Il y a force de chose décidée si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord avec une certaine solution adoptée par l'administration et exprimé sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 126 V 24 consid. 4b ; ATF 122 V 369 consid. 3).

b. En vertu de l'art. 25 al. 2 LPGA, le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Les délais de l'art. 25 al. 2 LPGA sont des délais (relatif et absolu) de péremption, qui doivent être examinés d'office (ATF 133 V 579 consid. 4; ATF 128 V 10 consid. 1). Selon la jurisprudence, le délai de péremption relatif d'une année commence à courir dès le

moment où l'administration aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle (ATF 140 V 521 consid. 2.1 p. 525; 139 V 6 consid. 4.1 p. 8). Cependant, lorsque la restitution est imputable à une faute de l'administration, on ne saurait considérer comme point de départ du délai d'une année le moment où l'erreur a été commise par l'administration, mais le moment auquel celle-ci aurait dû, dans un deuxième temps (par exemple à l'occasion d'un contrôle) se rendre compte de son erreur en faisant preuve de l'attention requise. En effet, si l'on plaçait le moment de la connaissance du dommage à la date du versement indu, cela rendrait souvent illusoire la possibilité pour l'administration de réclamer le remboursement de prestations allouées à tort en cas de faute de sa part (ATF 139 V 570 consid. 3.1 ; 124 V 380 consid. 1 p. 382; arrêts 8C_262/2017 du 8 août 2017 consid. 3.1 et 8C_968/2012 du 18 novembre 2013 consid. 2.2).

c. Le destinataire d'une décision de restitution qui entend la contester dispose en réalité de deux moyens qu'il convient de distinguer de façon claire: s'il prétend qu'il avait droit aux prestations en question, il doit s'opposer à la décision de restitution dans un délai de 30 jours; en revanche, s'il admet avoir perçu indûment des prestations, mais qu'il invoque sa bonne foi et des difficultés économiques qu'il rencontrerait en cas de remboursement, il doit présenter une demande de remise (cf. arrêt 8C_804/2017 du 9 octobre 2018 consid. 2). La demande de remise ne peut être traitée sur le fond que si la décision de restitution est entrée en force, la remise et son étendue faisant l'objet d'une procédure distincte (voir l'art. 4 al. 2 OPGA [RS 830.11] et les arrêts du Tribunal fédéral 8C_589/2016 du 26 avril 2017 consid. 3.1, 8C_130/2008 du 11 juillet 2008 consid. 2.2, et 8C_602/2007 du 13 décembre 2007 consid. 3). On précisera encore que selon l'art. 4 al. 4 OPGA, une telle demande doit être déposée au plus tard 30 jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution.

d. En l'occurrence, il faut admettre que le versement des indemnités journalières en cause (qui n'a pas fait l'objet d'une décision formelle) avait acquis force de chose décidée au moment où le recourant en a demandé la restitution. C'est donc aux conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale que l'intimée peut exiger la restitution desdites indemnités (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 6/02 du 22 juillet 2002 consid. 3).

Il ressort du contrat-cadre de la Fédération vaudoise des entrepreneurs, en relation avec l'art. 1 des conditions générales de l'assurance collective d'indemnité journalière, que l'intimée prend en charge les conséquences économiques d'une incapacité de travail résultant de la maladie ou de la maternité. En revanche, le risque d'accident – qui n'a pas été inclus dans le contrat – n'est pas couvert par l'intimée. Du 1er au 31 mai 2018, l'intimée a versé au recourant des indemnités journalières maladie, quand bien même le certificat du Dr E_____ couvrant ladite période attestait d'une incapacité de travail pour cause d'accident. Par ailleurs, la SUVA a mis fin au versement des indemnités journalières LAA avec effet au

31 mai 2018, par le biais d'une décision formelle datée du 22 janvier 2019, mais reçue par l'intimée le 12 février 2019, comme en témoigne le timbre apposé par Philos sur cette décision. Il convient encore de préciser que selon les décomptes de l'intimée, les indemnités journalières n'ont pas été versées à l'employeur – auquel cas la restitution aurait dû lui être demandée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_564/2009 du 22 janvier 2010 consid. 6.5) – mais directement au recourant.

Au regard du certificat du Dr E_____ (attestant d'une incapacité de travail pour cause d'accident du 1er au 31 mai 2018) et de la décision de la SUVA reçue le 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).

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).

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

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.

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

******

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Invite l'intimée à statuer sur la demande de remise de l'obligation de restituer du recourant.
4. Dit que la procédure est gratuite.
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	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le