



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3324/2018

ATAS/766/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 août 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o M. B_____, aux ACACIAS,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-
Bernard PETITAT

recourant

contre

PHILOS ASSURANCE MALADIE SA, soit pour elle son service
juridique, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY

intimée

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Andres PEREZ, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____, (ci-après l'assuré), né le _____ 1981, travaille, depuis le 15 février 2016, pour le compte de C_____ SA (ci-après : l'employeur) active dans le domaine de l'isolation. À ce titre, il est assuré auprès de Philos Assurance Maladie SA (ci-après l'assurance perte de gain) pour la perte de gain maladie par le biais du contrat-cadre auquel son employeur a adhéré.
2. Le 23 janvier 2017, l'employeur a annoncé à l'assurance perte de gain une incapacité de travail de l'assuré dès le 17 janvier 2017 pour cause de maladie.
3. L'assuré se plaignant de douleurs au niveau des deux genoux, les examens suivants ont été effectués :
 - L'IRM des deux genoux, réalisée le 15 février 2017, était sans particularités. Il n'y avait ni processus expansif au niveau de la tête du péroné ni prise de contraste suspecte le long du trajet du nerf sciatique poplité externe des deux côtés.
 - L'IRM de la colonne lombaire, effectuée le 22 mars 2017, n'a pas démontré d'anomalie notable, hormis un discret œdème focalisé des listels marginaux des corps vertébraux L3 et L4, d'aspect non spécifique. Aucun signe de discopathie dégénérative, de hernie discale ou encore de conflit disco-radiculaire n'avait été objectivé. Il n'y avait pas non plus de rétrécissement canalaire lombaire ou de sténose foraminale.
 - La scintigraphie osseuse partielle avec complément tomoscintigraphique, réalisée le 19 avril 2017, n'a pas permis de détecter d'anomalie pouvant orienter vers une lésion osseuse ou ostéoarticulaire évolutive du condyle fémoral médial droit susceptible d'expliquer la symptomatologie douloureuse.
4. Le 3 juillet 2017, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à la résection, par arthroscopie, d'une plica supra-patellaire médial du genou droit.
5. Le 28 septembre 2017, l'assuré a saisi l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI) d'une demande de prestations.
6. Par communication du 4 décembre 2017, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice de mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de français devant se dérouler du 11 décembre 2017 au 13 mars 2018, à raison de 108 cours de 45 minutes.
7. Selon le rapport du 6 décembre 2017 du docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, les diagnostics étaient ceux de douleurs des deux genoux, plus importantes à droite (avec répercussion sur la capacité de travail) et de lombalgies (sans répercussion sur la capacité de travail). La palpation pararotulienne interne était douloureuse. Une infiltration de stéroïdes *loco dolenti*, effectuée le 25 avril 2017, avait un peu amélioré les douleurs au genou droit. Le

Dr E_____ n'avait toutefois pas revu l'assuré depuis le 2 mai 2017 et renvoyait l'assurance perte de gain vers le médecin traitant pour ce qui concernait l'incapacité de travail au-delà de cette date.

8. À teneur du rapport du Dr D_____ du 18 décembre 2017, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient ceux de plica supra-patellaire médiale du genou droit et douleurs au niveau du tendon rotulien. Les douleurs en rapport avec la plica avaient totalement disparu au contraire de celles au niveau du tendon rotulien. En raison de ces atteintes, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 20 février 2017, l'assuré devant éviter les positions à genoux, ainsi que la montée et la descente de la position debout à la position accroupie. Elle était toutefois entière dans une activité adaptée, laquelle ne nécessitait pas la position debout uniquement, la marche, notamment en terrain irrégulier, les positions accroupie et à genoux, ainsi que la montée sur une échelle ou un échafaudage.
9. L'assurance perte de gain a mandaté, pour expertise, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie.

Selon le rapport du 1^{er} mars 2018 du médecin précité, au cours du mois de décembre 2016, l'assuré avait dû effectuer d'importants efforts dans son activité professionnelle, en portant notamment de lourdes charges jusque sur le toit de l'immeuble sur lequel il devait disposer ce matériel. C'était lors des montées et descentes des escaliers qu'il avait commencé à ressentir une douleur au genou droit de localisation antéro-interne. Durant les vacances de fin d'année, il avait constaté que les douleurs disparaissaient. À la reprise, en janvier 2017, elles étaient réapparues. Il avait consulté un médecin qui lui avait prescrit un bref arrêt de travail et un traitement probablement anti-inflammatoire. Lors de la reprise de son activité professionnelle, l'assuré avait à nouveau constaté des douleurs identiques à son genou droit. C'était alors qu'il avait consulté le Dr D_____, lequel avait fait réaliser les examens mentionnés ci-dessus. Lors de l'expertise, l'assuré ne prenait pas de traitement antalgique et se plaignait de gonalgies droites, uniquement diurnes, exacerbées par le froid et aggravées par la montée et la descente d'escaliers, ainsi que par les efforts de *genu flexion*. Les gonalgies n'entraînaient toutefois pas la marche et n'entraînaient pas de boiterie.

L'examen clinique concernant le genou était décrit de la manière suivante : « absence d'épanchement ou de synovite, flexion - extension 120/0/0 à droite, 140/0/0 à gauche. Le patient décrit des douleurs à la palpation de la région du tendon rotulien droit alors que cette palpation est indolore du côté contro-latéral. Il n'y a pas de douleur au testing méniscal ni à droite, ni à gauche et il n'y a pas d'instabilité au testing ligamentaire des deux côtés. Il n'y a pas non plus de rabot rotulien pour les deux genoux. Le périmètre de la cuisse est mesuré à 48cm pour les deux cuisses, ceci à 14 cm du bord supérieur de la rotule des deux côtés ».

Compte tenu de ces constatations, le Dr F_____ était d'avis que les troubles rapportés par l'assuré n'étaient pas concordants avec l'examen clinique et paraclinique. En effet, l'étiologie, tant des douleurs initiales que des douleurs actuelles, était mystérieuse. Les examens paracliniques, notamment l'IRM et la scintigraphie osseuse, étaient normaux. Il n'y avait aucun élément pour une origine rachidienne. L'expert était donc d'avis que le long arrêt de travail, lequel remontait à plus d'une année, reposait en réalité sur des plaintes douloureuses qui n'étaient étayées par aucune lésion organique claire. Il lui était dès lors difficile de poser un diagnostic autre que celui de douleurs antérieures du genou droit chroniques, d'étiologie indéterminée (sans effet sur la capacité de travail).

S'agissant de la capacité de travail, le Dr F_____ était d'avis que la poursuite d'un arrêt de travail ne se justifiait plus en l'absence de lésion objectivable et au vu de la durée passée de l'arrêt et ce même si l'assuré s'estimait incapable de reprendre son activité habituelle. Dans tous les cas, il n'y avait pas de raison médicale l'empêchant de reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Il était toutefois difficile, pour le Dr F_____, d'énoncer des limitations fonctionnelles en l'absence de lésion organique claire. Cela étant, en se fondant sur l'anamnèse, les plaintes douloureuses de l'assuré étaient exacerbées par la montée et la descente d'escalier, ainsi que le port de charges importantes. En l'absence de toute lésion organique claire, l'expert précité ne voyait pas quel autre traitement pouvait être proposé à l'assuré, étant précisé qu'à l'examen clinique, il avait noté l'absence de toute amyotrophie du quadriceps droit, ce qui semblait corroborer une bonne utilisation malgré les plaintes douloureuses mentionnées.

10. Le 7 mars 2018, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice de mesures d'intervention précoce sous la forme d'une orientation dans le domaine horloger, durant trois jours, du 7 au 9 mars 2018.
11. Le rapport du Dr F_____ a été soumis au médecin-conseil de l'assurance, qui a considéré qu'il fallait suivre ses conclusions et retenir une reprise à 100% de l'activité habituelle, sans limitation, aucune lésion du genou n'ayant été mise en évidence.
12. Le 21 mars 2018, l'OAI a complété les mesures d'intervention précoce par une formation d'opérateur dans le domaine de l'horlogerie devant se dérouler du 27 au 29 mars 2018.
13. Par décision du 22 mars 2018, l'assurance-maladie a informé l'assuré qu'au vu des conclusions du Dr F_____, il ne présentait pas d'incapacité de travail donnant droit à des prestations. Toutefois, exceptionnellement, elle acceptait de verser les indemnités journalières, à hauteur de 100%, jusqu'au 31 mars 2018, date à laquelle elle y mettrait fin.
14. Le même jour, l'assurance-maladie a informé l'employeur de l'assuré de la fin des prestations, faute d'incapacité de travail.

15. Par communication du 5 avril 2018, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'un coaching professionnel, sous la forme de 10 séances individuelles dès le 9 avril 2018, l'objectif étant de pouvoir déceler des orientations professionnelles réalistes et réalisables, compte tenu de son état de santé.
16. Par courrier du 6 avril, reçu le 11 avril 2018, l'assuré a formé opposition à la décision précitée, demandant à l'assurance perte de gain de reconsidérer sa décision.
17. Le 18 avril 2018, l'assurance perte de gain a attiré l'attention de l'assuré sur le fait que l'opposition ne contenait ni conclusions ni motivation et qu'elle ne répondait dès lors pas aux exigences formelles. Elle lui impartissait par conséquent un délai de 10 jours pour la régulariser.
18. Par courrier daté du 1^{er} mai, mais reçu le 7 juin 2018, l'assuré a complété son opposition du 6 avril 2018, expliquant que le Dr F_____, qui était rhumatologue, n'avait pas examiné son genou. Il avait consulté un nouveau spécialiste, lequel avait évoqué le diagnostic d'instabilité rotulienne potentielle avec angle Q anormal. Une arthroscopie était prévue, « avec FICAT, Opération d'Elmillie Trillat (recte vraisemblablement Elmslie Trillat) ». Il ne pouvait pas exercer son activité habituelle, celle-ci nécessitant un effort physique surtout sur les genoux. Avec l'aide de l'assurance-invalidité, il tentait de trouver une activité n'impliquant pas les efforts sur les genoux, mais cela n'était pas encore possible.
19. Sous la plume d'ASSUAS, l'assuré a complété son opposition le 2 juillet 2018 et a contesté le refus de l'assurance perte de gain de prendre en considération les certificats établis par ses médecins traitants et plus particulièrement ceux des Drs G_____, D_____ et E_____ des 1^{er}, 5 et 12 juin 2018.

En annexe à ce complément figurait, outre les certificats d'incapacité de travail des 5 et 12 juin 2018, un rapport établi le 1^{er} juin 2018 par le docteur G_____, médecin chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, hôpitaux universitaires de Genève (HUG), dont il ressort qu'à l'examen clinique, ce médecin avait retrouvé une irritation au niveau du tendon rotulien en proximal, du tractus ilio-tibial, ainsi que du rétinaculum interne. Le vaste externe se montrait énormément endurci dans son tiers distal. Quant au tractus ilio-tibial et au quadriceps, ils étaient raccourcis. Enfin, la patte d'oie était très peu sensible. Compte tenu de ces constatations, le Dr G_____ avait prescrit des séances de physiothérapie pour améliorer la force des rotateurs externes et des abducteurs de la hanche.

20. Les pièces transmises en annexe à l'opposition ont été soumises au Dr F_____, qui s'est exprimé dans un rapport complémentaire du 23 juillet 2018. Il y a notamment rappelé que lors de l'expertise, l'assuré ne suivait plus de traitement médicamenteux à visée antalgique et qu'il avait subi deux infiltrations de PRP, la première fin 2018, et la seconde, la veille de l'examen. Dans son rapport du 1^{er} juin 2018, le Dr G_____ décrivait une irritation du tendon en post-opératoire et à

l'examen clinique, il avait constaté une irritation du tendon rotulien proximal, ainsi que du tractus ilio-tibial. Il évoquait également un raccourcissement dudit tractus ilio-tibial et du quadriceps, ainsi qu'un durcissement du tiers distal du vaste externe de la cuisse droite. Ce diagnostic reposait, selon le Dr F_____, sur l'anamnèse et les douleurs annoncées par l'assuré. Par ailleurs, le Dr G_____ ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail. Le document du 12 juin 2018 comportait uniquement la liste des arrêts de travail, signés initialement par le Dr E_____ jusqu'au 2 mai 2017 et, par la suite, par le Dr D_____. Dès lors que le Dr E_____ n'avait plus revu l'assuré depuis le 2 mai 2017, il ne pouvait attester d'une quelconque incapacité de travail depuis cette date. Sur la base de ces éléments, le Dr F_____ a ainsi estimé que la prolongation de l'incapacité de travail devait être considérée comme improbable.

21. Le 8 août 2018, le médecin-conseil de l'assurance perte de gain a considéré qu'il convenait de suivre les conclusions de l'expert.
22. Par communication du 26 juillet 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible, son état de santé n'étant pas encore stabilisé.
23. Par décision sur opposition du 22 août 2018, l'assurance perte de gain a écarté l'opposition du 6 avril 2018, complétée les 1^{er} mai et 2 juillet 2018, et a confirmé la décision du 22 mars 2018, considérant que les rapports du Dr F_____ remplissaient les conditions jurisprudentielles en matière de valeur probante. Par ailleurs, la non-amélioration de l'état de santé de l'assuré, malgré l'opération, ne reposait que sur les douleurs alléguées. Dans ce contexte, l'assurance perte de gain a relevé que les rapports des médecins traitants constituaient plutôt des retranscriptions des plaintes subjectives de l'assuré, aucun des médecins consultés ne remettant d'ailleurs en cause l'objectivité ou la qualité de l'expertise.
24. Le 24 septembre 2018, sous la plume de son conseil, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours contre la décision sur opposition du 22 août 2018, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au versement des indemnités journalières à 100% d'avril à août 2018, soit CHF 20'151,61, plus intérêts à 5% à chaque échéance. Étant dans l'attente de documents médicaux, le recourant demandait, par ailleurs, à pouvoir compléter son écriture sur le fond.

Par complément du 30 octobre 2018, le recourant a notamment produit deux rapports, le premier émanant du Dr G_____ et daté du 25 septembre 2018 et le second établi par Madame H_____, physiothérapeute, en date du 13 septembre 2018. À teneur du rapport de consultation, que le Dr G_____ a adressé le 25 septembre 2018 au docteur I_____, médecin auprès de l'unité de médecine physique et de réadaptation orthopédique des HUG, l'évolution post-opératoire était difficile, avec des douleurs se manifestant au niveau du tendon rotulien et du rétinaculum externe. Les douleurs entravaient le recourant dans son quotidien, l'empêchant notamment de monter et descendre des escaliers ou une échelle. Elles étaient de type tendinopathiques avec une douleur maximale lors des premiers pas

ou lors de la position assise avec les genoux pliés. À l'examen clinique, le Dr G_____ avait constaté des douleurs au niveau de l'insertion du rétinaculum externe au niveau de la rotule et du tendon rotulien, à l'insertion rotulienne. Les tests méniscaux étaient négatifs. Il n'y avait pas non plus de douleurs au niveau de la patte d'oie et le genou était stable. Le recourant était incapable de reprendre son activité d'isolateur. Par ailleurs, il ressortait du rapport établi le 13 septembre 2018 par Madame H_____, qu'après sept séances, la position fléchie du genou n'était toujours pas soutenable avec une incapacité fonctionnelle à se mettre à genoux, à rentrer et sortir de la position fléchie. Cette situation empêchait le recourant de reprendre son activité professionnelle. Se fondant sur ces documents, il a considéré que l'incapacité de travail dans son activité professionnelle était établie, de sorte que c'était à tort que l'assurance perte de gain (ci-après : l'intimée) avait nié son droit à des indemnités journalières au-delà du 31 mars 2018. S'agissant du rapport du Dr F_____ du 1^{er} mars 2018, il était sommaire et ne prenait pas en compte les réelles limitations fonctionnelles. Par ailleurs, le médecin mandaté par l'intimée ne motivait pas les raisons pour lesquelles il s'éloignait des limitations fonctionnelles constatées par les différents médecins qu'il avait consultés. Enfin, le recourant a amplifié sa demande de CHF 3'951,30, concluant au versement d'indemnités journalières pour le mois de septembre également.

25. L'intimée a répondu le 28 novembre 2018 et a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. À l'appui de ses conclusions, elle a notamment considéré que le rapport du Dr F_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante et qu'il devait être préféré aux rapports des médecins traitants, lesquels n'avaient plus la distance suffisante pour procéder à une appréciation objective de la situation. Concrètement, le recourant ne souffrait d'aucune limitation fonctionnelle et disposait d'une capacité totale de travail dans n'importe quelle activité.
26. Le recourant et l'intimée ont approfondi certains arguments dans la réplique du 10 janvier 2019, respectivement la duplique du 24 janvier 2019.
27. Par ordonnance du 16 avril 2019, la chambre de céans a ordonné l'apport de la procédure AI.
28. Le 30 avril 2019, l'OAI a produit son dossier, comprenant notamment :
 - Un rapport établi par le Dr D_____ le 23 décembre 2017 à l'attention de l'OAI, dont il ressort que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle en raison de l'impossibilité de se mettre à genou, mais entière dans une activité ne sollicitant pas ses genoux ;
 - Une note de travail du 25 juillet 2018, selon laquelle le coaching avait permis de trouver une activité adaptée à l'atteinte du recourant, à savoir celle de chauffeur-livreur pour marchandises légères, une autre piste étant celle du polissage.

- Un rapport du Dr D_____ du 11 septembre 2018, dont il ressort que l'activité habituelle n'était plus possible, mais que le recourant devrait être capable d'exercer un métier adapté, selon ce que l'OAI lui trouverait.
 - Un rapport du chef de clinique de l'unité de médecine physique et réadaptation des HUG du 11 décembre 2018, évoquant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée.
 - L'avis du SMR du 21 mars 2019, selon lequel la capacité de travail était entière dans toute activité (habituelle et adaptée) vu les conclusions du Dr F_____.
 - Le projet de décision du 25 mars 2019 de l'OAI, rejetant la demande de prestations.
29. Le 14 mai 2019, le recourant a indiqué, après avoir pris connaissance du dossier transmis par l'OAI, ne pas avoir d'observations complémentaires à formuler.
30. Quant à l'intimée, elle a relevé, par courrier du 12 juin 2019, que le projet de décision de l'OAI du 25 mars 2019, ainsi que l'avis du SMR du 21 mars 2019, confirmaient les conclusions de l'expertise du Dr F_____ et, par conséquent, sa décision de mettre un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mars 2018, le recourant disposant d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.
31. Après échange des écritures, 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

-
4. L'objet du litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimée au-delà du 31 mars 2018, singulièrement sur l'existence d'une incapacité de travail au-delà de cette date.
 5. a. Selon l'art. 324a al. 1 de la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO, Code des obligations - RS 220), si le travailleur est empêché de travailler sans faute de sa part pour des raisons inhérentes à sa personne, telles que notamment la maladie, l'employeur lui verse le salaire pour un temps limité, dans la mesure où les rapports de travail ont duré plus de trois mois ou ont été conclus pour plus de trois mois. Pendant la première année de service, l'employeur est tenu de payer le salaire de trois semaines (art. 324a al. 2 CO). Il peut toutefois être dérogé aux prescriptions précitées par accord écrit, contrat-type de travail ou convention collective à condition que des prestations au moins équivalentes soient accordées au travailleur (art. 324a al. 4 CO).

En pratique, il arrive fréquemment que l'employeur choisisse de conclure une assurance couvrant le risque de la perte de gain en raison de la maladie, sous la forme d'une assurance sociale d'indemnités journalières régie par les art. 67 à 77 LAMal ou d'une assurance d'indemnités journalières soumise à LCA (voir l'arrêt du Tribunal fédéral 4A_563/2008 du 10 février 2009, consid. 1 et l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances 5C.41/2001 du 3 juillet 2001 consid. 2b/bb).

b. Lorsque l'employeur choisit de conclure une assurance indemnités journalières collective selon la LAMal, il s'engage par le biais d'un contrat d'assurance de droit public comme cela est unanimement admis par la doctrine (BRULHART, Quelques remarques relatives au droit applicable aux assurances complémentaires dans le nouveau régime de la LAMal, in : LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997 [cité ci-après : LAMal-KVG], p. 741; KIESER, Die Stellung der Nichterwerbstätigen in der freiwilligen Taggeldversicherung [Artikel 67 ff. KVG], in : LAMal-KVG, p. 613; MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle/Francfort-sur-le-Main 1996, p. 113; EUGSTER, Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, in : LAMal-KVG, p. 551). Dans un tel cas, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) trouvent application (art. 1 LAMal ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 4A_563/2008 du 10 février 2009, consid. 1).

6. 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. À teneur de l'art. 6 LPGa, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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).

7. a. 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. 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; ATF 129 V 463, consid. 4.2).

Ce principe a été codifié à l'art. 6 phr. 2 LPGa.

La jurisprudence considère comme approprié un temps d'adaptation compris entre trois et cinq mois, tel qu'il découle de la pratique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 31/04 du 9 décembre 2004 consid. 2.2).

b/aa. À l'issue du délai, le droit à l'indemnité journalière, cas échéant réduite, dépend 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/bb. 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).

b/cc. 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).

b/dd. 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/ee. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x% et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1% (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

8. a. 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b).

b. 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).

c. 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).

c/aa. 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/bb. 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. cc). 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).

c/cc. 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).

9. a. 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).

b. 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).

10. a. En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur le rapport du Dr F_____ du 1^{er} mars 2018 pour mettre un terme à ses prestations avec effet au 31 mars 2018. Il convient dès lors d'examiner la valeur probante de ce document.

Force est de constater que sur le plan formel, le rapport précité répond à la plupart des réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante : il comporte une description des pièces figurant au dossier, une anamnèse détaillée, une description des plaintes du recourant et une appréciation de la situation.

Sur le fond, l'expert mandaté par l'intimée considère, en se fondant sur les rapports d'imagerie, qu'en l'absence de lésion organique claire susceptible d'expliquer les douleurs, on ne pouvait retenir ni incapacité de travail ni limitations fonctionnelles.

Selon la jurisprudence constante, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. C'est pourquoi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353; arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). Se fondant sur cette jurisprudence, la chambre de céans a ainsi considéré qu'il appartient à l'expert d'apprécier la capacité résiduelle de travail du patient sur la base de critères objectifs, notamment du dossier radiologique et de son examen clinique, afin de déterminer si les plaintes de l'assuré concordent avec les observations médicales concluantes. Si tel n'est pas le cas, il est tout à fait cohérent qu'il ne retienne aucune incapacité de travail.

Dans le cas d'espèce, le Dr F_____ a essentiellement examiné l'imagerie, à la recherche d'une atteinte objectivable d'un point de vue organique (voir l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 4 pour la définition). Or, comme cela ressort de la jurisprudence susmentionnée, les douleurs ne doivent pas forcément être rattachables à une atteinte objectivable. Il suffit qu'elles soient confirmées par des observations médicales concluantes, ce qui comprend également l'examen clinique. En réalité, dans le cas du recourant, le Dr F_____ a procédé à un examen clinique peu approfondi, omettant en outre de s'y référer pour poser les diagnostics et se prononcer sur la capacité de travail exigible.

Dans le cadre de la procédure d'opposition, le recourant a produit un rapport de consultation établi par le Dr G_____ le 1^{er} juin 2018, ainsi que des certificats d'arrêt de travail datés des 5 et 12 juin 2018. Dans son rapport du 1^{er} juin 2018, le Dr G_____ a évoqué une irritation au niveau du tendon rotulien en proximal, du tractus ilio-tibial ainsi que du rétinaculum interne, un durcissement du vaste externe tous son tiers distal et un raccourcissement du tractus ilio-tibial et du quadriceps. Dans son rapport complémentaire, le Dr F_____ a estimé que les constatations faites par le Dr G_____ reposaient uniquement sur l'anamnèse et les douleurs évoquées par l'assuré lors de l'examen clinique. Là également, la chambre de céans peine à suivre le Dr F_____. En effet, il paraît peu plausible que le recourant ait expliqué à son médecin que le tendon rotulien était irrité, que le vaste externe était durci dans son tiers distal et que le tractus ilio-tibial, ainsi que le quadriceps étaient raccourcis. Il paraît au contraire plus vraisemblable que lors de la palpation de la zone atteinte au cours de l'examen clinique, le Dr G_____ ait fait ces constatations, ce qui constitue des observations médicales concluantes.

Dans de telles conditions, la chambre de céans est d'avis que les conclusions du Dr F_____ ne sont pas convaincantes et qu'elle ne saurait par conséquent se référer aux rapports du Dr F_____ du 1^{er} mars 2018 pour examiner le bien-fondé de la décision sur opposition querellée, l'examen clinique n'ayant pas été mené de manière approfondie et les conclusions se fondant uniquement sur le dossier radiologique.

b. Pour sa part, le recourant se réfère aux rapports de ses médecins traitants pour conclure à une incapacité de travail totale dans son activité habituelle. Or, force est de constater qu'aucun des rapports produits par le recourant ne répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante : le rapport de consultation du 1^{er} juin 2018 du Dr G_____ est lacunaire, dès lors qu'il ne se prononce pas sur la capacité de travail, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Le certificat du 5 juin 2018 atteste uniquement d'une incapacité de travail sans aucune motivation. Le document intitulé « certificat médical d'incapacité » reçu par l'intimée le 12 juin 2018 comporte une liste des incapacités de travail, sans aucune motivation. Le rapport du Dr G_____ du 25 septembre 2018 est en réalité un courrier adressé à un confrère, lequel ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante faute d'anamnèse détaillée et de conclusions motivées.

Il en va de même du rapport établi par Madame H_____, physiothérapeute, le 13 septembre 2018.

c. Comme cela ressort de ce qui précède, le dossier soumis à la chambre de céans ne permet pas de se prononcer sur la capacité de travail dans l'activité habituelle faute de rapports médicaux probants. La question d'une instruction complémentaire sur cette question se pose ainsi. Toutefois, force est de constater que de l'aveu même de l'intimée, elle a en réalité mis un terme aux prestations dues compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée (voir observations du 12 juin 2019), ce qui correspond d'ailleurs aux conclusions des médecins du recourant (rapports du Dr D_____ des 18 et 23 décembre 2017 ainsi que 11 septembre 2018 ; rapport de l'unité de médecine physique et réadaptation des HUG du 11 décembre 2018). Dans ces circonstances, une instruction complémentaire portant sur la capacité de travail dans l'activité habituelle paraît superflue et il convient d'examiner le droit aux prestations du recourant en prenant en considération sa capacité de travail dans une activité adaptée.

11. a. Comme cela ressort de l'art. 6 phr. 2 LPGA, en cas d'incapacité de travail de longue durée (plus de six mois), il appartient à l'assuré, selon son devoir de réduire le dommage, de changer de profession pour autant qu'un délai suffisant lui ait été accordé pour entreprendre les démarches nécessaires et qu'un tel changement puisse être exigé de lui subjectivement et objectivement.

Il y a lieu de constater, en l'espèce, que le recourant est incapable de travailler dans son activité habituelle depuis le 17 janvier 2017. Ainsi, au jour de la décision du 22 mars 2018, cela faisait plus d'un an qu'il était incapable de travailler dans sa profession, de sorte qu'il s'agit d'une incapacité de travail de longue durée. En date du 18 décembre 2017, il était toutefois considéré, par son propre médecin traitant, comme étant apte à exercer une activité adaptée. Cela a été confirmé à plusieurs reprises par le Dr D_____ et par les médecins des HUG (rapports du Dr D_____ des 18 et 23 décembre 2017 ainsi que 11 septembre 2018 ; rapport de l'unité de médecine physique et réadaptation des HUG du 11 décembre 2018).

Se pose dès lors la question de l'exigibilité d'un changement de profession.

Le recourant est né en 1981 et était âgé de moins de quarante ans lors de la décision querellée. Il est arrivé en Suisse en 2015 et a rapidement obtenu un travail dans la livraison de journaux la nuit et au petit matin. Il a été engagé par son employeur actuel en novembre 2015, dans un premier temps pour une durée déterminée, puis dès février 2016, pour une durée indéterminée. Cela faisait ainsi moins de 18 mois qu'il travaillait dans l'isolation. Enfin, si le recourant ne parle pas bien le français, il s'exprime en anglais, à tout le moins suffisamment pour que le Dr F_____ réalise son expertise dans cette langue. En tout état, entre décembre 2017 et mars 2018, le recourant a bénéficié de cours de français. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments (âge, emploi de relativement courte durée auprès de l'employeur actuel, langues), on peut raisonnablement exiger de sa part, aussi bien

objectivement que subjectivement, qu'il recherche une nouvelle activité professionnelle.

Cela étant, pour exiger ce changement de profession, l'intimée aurait dû lui octroyer un délai suffisant pour entreprendre les démarches nécessaires. Ainsi, un délai de 4 mois aurait dû lui être octroyé par décision du 22 mars 2018, à compter du 1^{er} avril 2018.

b. Reste à déterminer la perte de gain subie en cas de changement de profession. Dans ce contexte, c'est le lieu de rappeler que selon les médecins, les limitations fonctionnelles sont les suivantes : pas de position debout uniquement, pas de marche, ni de positions accroupie ou à genou et la montée sur une échelle ou un échafaudage.

b/aa. S'agissant du revenu sans invalidité, il s'élevait à CHF 56'557.- en 2017 (CHF 25,10 x 2080 heures + CHF 4'349.- [13^e salaire, correspondant à 8,33%]; cf. déclaration de sinistre pour les montants).

b/bb. Le recourant n'a pas changé de profession malgré son incapacité de longue durée, de sorte que le revenu avec atteinte à la santé doit être évalué sur la base des données statistiques résultant des Enquêtes sur la structure des salaires (ESS), publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique.

Selon les données statistiques, le revenu mensuel en 2017, pour un homme exerçant une activité simple et répétitive (niveau 1) était de CHF 5'340.-, soit un montant annuel de CHF 64'080.-. Comme les salaires standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2017 (41,7 heures), ce montant doit être porté à CHF 66'804.- par an.

Même en retenant un abattement de 25%, on obtient une incapacité de travail de 11% ($[56'557 - 50'103] : 56'557 \times 100 = 11.4 \%$), laquelle est insuffisante pour donner droit à des indemnités journalières même partielles. En effet, une incapacité de travail minimum de 25% est nécessaire selon l'art. 13 al. 1 des conditions générales de l'intimée.

12. a. En conclusion, en raison de la capacité de travail entière dans une activité adaptée, l'intimée aurait dû impartir un délai de quatre mois au recourant pour changer de profession, le versement de l'indemnité journalière cessant au terme de ce délai. L'intimée aurait ainsi dû le prévoir dans sa décision du 22 mars 2018 et le faire courir à compter du 1^{er} avril afin de tenir compte du délai de notification, de sorte que ledit délai aurait expiré le 31 juillet 2018.

Un éventuel changement de profession n'entraînant pas de perte de gain suffisamment importante, le droit au versement des indemnités journalières cesse le 31 juillet 2018.

Par conséquent, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 22 août 2018 sera réformée dans le sens où l'intimée est tenue de verser les indemnités journalières encore jusqu'au 31 juillet 2018.

b. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**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 sur opposition du 22 août 2018 dans le sens où l'intimée est tenue de verser les indemnités journalières jusqu'au 31 juillet 2018.
4. Condamne l'intimée au versement de CHF 1'500.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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