

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3333/2009

ATAS/84/2011

**ARRET**

**DE LA COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**du 27 janvier 2011**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur B\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Christian BRUCHEZ

recourant

contre

HOTELA, sise rue de la Gare 18, 1820 Montreux, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine  
LUZZATTO, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur B\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1955, a travaillé dès 2005 comme plongeur dans un restaurant. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents et de maladies professionnelles auprès de GENERALI ASSURANCES (ci-après l'assurance-accidents). Il bénéficiait aussi d'une assurance perte de gain pour maladie auprès de HOTELA CAISSE MALADIE-ACCIDENTS DE LA SOCIETE SUISSE DES HOTELIERS (ci-après la caisse).
2. Le 18 juillet 2007, l'assuré a glissé dans la cuisine du restaurant où il travaillait et s'est heurté le genou droit dans sa chute. Les premiers soins lui ont été prodigués par le Service médico-chirurgical de la Jonction.
3. Le 13 août 2007, une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit de l'assuré a été pratiquée. Le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a posé les diagnostics d'épanchement intra-articulaire, de chondropathie rétro-rotulienne de grade III avec arthrose fémoro-patellaire, de dégénérescence avec déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne, de rupture du ligament croisé antérieur, de tuméfaction autour du ligament collatéral interne jusqu'à la patte d'oie, de contusion osseuse de la diaphyse proximale du tibia, d'encoche corticale de la métaphyse proximale postéro-externe du tibia traduisant une contusion osseuse intra-spongieuse, et de tuméfaction modérée de la partie proximale du tendon rotulien évoquant une discrète tendinopathie.
4. Le 20 septembre 2007, l'assuré a subi une arthroscopie opératoire du genou droit, une ménisectomie partielle de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne, une ménisectomie a minima de la corne postérieure du ménisque externe et une plastie du ligament croisé antérieur avec semi-tendineux. Cette opération a été pratiquée par le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
5. Ce dernier, dans son rapport du 17 décembre 2007, a fait état d'une bonne évolution, mais d'un contexte culturel difficile. Il a indiqué que la reprise du travail pourrait se faire un à deux mois plus tard et que le traitement en cours consistait en séances de physiothérapie, dont la durée probable serait de deux à trois mois.
6. Le 22 février 2008, le Dr M\_\_\_\_\_ a constaté que l'évolution était bonne bien que l'assuré souffrît de douleurs. Il a émis l'avis que le traitement de physiothérapie devrait se poursuivre encore trois à quatre mois et que la reprise du travail pourrait se faire à 50 % dès le 3 mars 2008. Le Dr M\_\_\_\_\_ a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le 24 août 2007.
7. Dans un rapport du 8 avril 2008, le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a retenu les diagnostics de status après arthroscopie du genou gauche pour lésion du ménisque et du ligament croisé antérieur et de ténosynovite du long chef

biceps droite et tendinopathie du susépineux causées par l'utilisation prolongée de béquilles. Il a précisé que la situation psychique de l'assuré commençait à se dégrader suite à ses multiples problèmes et à son licenciement, intervenu après qu'il a repris le travail à 50 %. Le traitement préconisé consistait en séances de physiothérapie, prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et soutien psychique. Le médecin a attesté des incapacités de travail suivantes : 50 % du 1<sup>er</sup> mars au 12 mars 2008 et 100 % du 13 mars au 15 avril 2008. Il a recommandé une reprise du travail aussi rapide que possible afin d'assurer la réinsertion professionnelle de l'assuré

8. Le contrat de travail de l'assuré a pris fin au 30 avril 2008 et l'intéressé a été transféré dans l'assurance individuelle d'indemnités journalières pour maladie dès le 1<sup>er</sup> mai 2008. Sa police d'assurance faisait état d'un revenu annuel brut de 45'420 fr. en 2008.
9. Le 16 mai 2008, l'assurance-accidents, qui avait jusque-là pris en charge les suites de l'accident, a demandé une expertise pluridisciplinaire rhumatologique et psychiatrique au Centre d'expertise médicale (ci-après CEMed).
10. Dans un courrier du 18 juin 2008 adressé au CEMed, le Dr N\_\_\_\_\_ a relevé que la ténosynovite et la tendinopathie calcifiante du sus-épineux de l'épaule droite avaient été traitées par infiltration corticoïde sous guidance échographique, ce qui avait permis une régression partielle des lésions de l'épaule, laquelle était à nouveau fonctionnelle. Il a précisé que l'arrêt de travail dès le 1<sup>er</sup> avril 2008 était pris en charge à titre de maladie mais qu'il résultait de l'utilisation des cannes anglaises, elle-même due à l'accident, raison pour laquelle il fallait selon lui considérer tous les arrêts de travail jusqu'à juin 2008 comme consécutifs à l'accident du 18 juillet 2007. Le médecin a indiqué que l'évolution favorable et la bonne motivation du patient permettaient d'envisager une reprise du travail à 100 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2008.
11. Des certificats médicaux établis par la suite par le Dr N\_\_\_\_\_ ont fait état d'une totale incapacité de travail du 1<sup>er</sup> juillet 2008 au 24 août 2009.
12. Le Dr L\_\_\_\_\_ a pratiqué une nouvelle IRM le 2 juillet 2008. Il a constaté un épanchement intra-articulaire et ténosynovite du demi-membraneux, un status post-ménisectomie interne partielle de la corne postérieure, une fixation du ligament croisé antérieur avec visualisation de ses faisceaux sans nouvelle rupture, une chondropathie rotulienne avec pincement fémoro-patellaire, un pincement du compartiment interne du genou et ostéophytose marginale, un reliquat fibreux dans la graisse de Hoffa et une tuméfaction modérée du tendon rotulien à son insertion proximale.
13. Le CEMed a rendu son rapport d'expertise le 12 août 2008. Le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, et le Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, ont relevé dans l'anamnèse que l'assuré avait déjà été victime par le

passé de deux accidents au genou. L'intéressé se plaignait de douleurs dans les deux interlignes tibio-fémoraux du genou droit, avec un périmètre de 30 minutes de marche à rythme lent. Les montées et descentes suscitaient d'horribles douleurs. En revanche, la position assise rendait les douleurs supportables, voire inexistantes. L'assuré arrivait à rester debout 20 à 25 minutes le matin. Il se plaignait également d'un état de fatigue, d'une baisse d'espoir, de tristesse, d'anxiété et de ruminations négatives par rapport à son passé traumatique (emprisonnement et torture en Irak) avec, parfois, des flash-backs. Il souffrait également d'insomnies avec des réveils nocturnes et d'une baisse du plaisir en lien avec ses douleurs au genou et sa situation précaire à Genève. Il faisait montre d'une motivation importante pour la reprise d'une activité.

Après avoir analysé le dossier médical de l'assuré, les experts ont procédé à son examen clinique aux plans général, neurologique, ostéoarticulaire et psychiatrique. Dans leur synthèse, les experts ont considéré que les examens cliniques du genou et de l'épaule droits étaient assez pauvres, si ce n'est un syndrome douloureux fémoro-patellaire des deux côtés. En effet, il n'y avait aucune hypotrophie musculaire quadricipitale droite et l'impotence fonctionnelle était peu importante (limitations des amplitudes de flexion identiques des deux côtés). L'assuré souffrait de lésions dégénératives rotuliennes et méniscales du genou droit dont il était difficile de dire si elles étaient exclusivement primaires ou également secondaires à un ou plusieurs accidents. L'examen clinique ne montrait toutefois strictement rien de plus au genou droit qu'ailleurs et rendait peu probantes les plaintes du patient, d'autant plus que l'intervention qu'il avait subie avait eu pour effet une amélioration anatomique incontestable. L'utilisation du membre supérieur droit était également possible normalement. Les médecins en ont conclu que, sur le plan physique, toute activité s'exerçant en position assise serait exigible avec un rendement de 100 %.

Sur le plan psychique, les experts ont relevé que le symptôme dépressif moyen et l'état de stress post-traumatique étaient présents avant le dernier accident. Ce dernier devant être qualifié de banal ne pouvait être à l'origine des troubles psychiques. Les médecins étaient d'avis qu'il était important que l'assuré trouve un travail adapté aux limitations physiques douloureuses alléguées au niveau de son genou droit, faute de quoi son état psychique risquait de s'aggraver et d'évoluer vers une dépression plus sévère, avec renvoi systématique à des souvenirs traumatiques.

14. Le 12 septembre 2008, l'assuré a consulté le Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie. Dans son rapport, ce médecin a fait mention d'une légère boiterie du membre inférieur droit et d'une légère amyotrophie du quadriceps droit. Il a constaté lors de l'examen clinique un discret signe du flot du genou droit et des douleurs de la face antérieure du genou, provoquées par la mobilisation en flexion. La palpation de l'interligne fémoro-tibial interne, du rabot rotulien et des facettes rotuliennes droits était douloureuse. Il existait une discrète asymétrie avec un petit tiroir à droite, mais sans instabilité majeure au *testing* du ligament croisé antérieur.

Une échographie du genou droit avait révélé une lame d'épanchement liquidien dans le cul de sac de la bourse sous-quadricipitale. Le Dr T\_\_\_\_\_ a émis l'hypothèse que les douleurs actuelles de l'assuré puissent s'expliquer par une gonarthrose du compartiment fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire. La recrudescence de l'intensité des douleurs dans les escaliers était assez typique de l'arthrose fémoro-patellaire, qui avait pu se décompenser à la suite de l'accident.

Le médecin a proposé une infiltration du genou avec un corticostéroïde à l'assuré, qui l'a refusée.

Le médecin lui a alors prescrit des anti-inflammatoires non-stéroïdiens topiques, complétant ceux déjà administrés par voie orale. Il a suggéré qu'une physiothérapie de renforcement après l'infiltration pourrait améliorer l'évolution. Il a également préconisé des examens radiologiques complémentaires pour apprécier la sévérité de l'arthrose.

15. Le 22 septembre 2008, l'assuré a demandé des indemnités journalières pour maladie à la caisse, en invoquant sa totale incapacité de travail.
16. Dans un rapport du 17 novembre 2008, la Dresse N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a attesté d'une totale incapacité de travail du 1<sup>er</sup> au 30 septembre 2008, prolongée jusqu'à fin novembre (date à laquelle il pourrait être procédé à une nouvelle évaluation après infiltration). Elle a constaté une légère boiterie du membre inférieur droit, un discret signe d'épanchement du genou et des douleurs lors de la flexion dudit genou.
17. Le 27 novembre 2008, le Dr U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et expert auprès du CEMed, a précisé au médecin-conseil de l'assurance-accidents que les diagnostics retenus étaient ceux de syndrome douloureux fémoro-patellaire bilatéral, tendinite du sus-épineux et téno-synovite du long chef du biceps droits, symptôme dépressif moyen et état de stress post-traumatique.

S'agissant du lien de causalité entre ces atteintes et l'accident du 18 juillet 2007, le médecin a considéré qu'il était possible s'agissant du problème au genou, en relevant l'existence d'une chondropathie rotulienne avec arthrose fémoro-patellaire de nature dégénérative préexistant à l'accident, constatée lors de l'examen par IRM du 13 août 2007. La relation de causalité entre les inflammations de l'épaule et l'utilisation de cannes anglaises était également possible. Un lien de causalité entre les atteintes psychiques et l'accident était en revanche exclu.

Le médecin a estimé que le *statu quo ante* avait été atteint, en rappelant les antécédents d'accidents et d'opérations au genou. Le *statu quo sine* était également atteint depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008 au moins.

Le médecin a souligné que les douleurs et l'impotence fonctionnelle du genou droit n'avaient pas de traduction clinique objective. Il a conclu à l'absence d'incapacité de travail en relation avec l'accident incriminé et émis l'avis que le traitement ne devrait pas être pris en charge par l'assurance-accidents au-delà du mois de juin 2008.

Enfin, le Dr U\_\_\_\_\_ a conclu à l'absence d'atteinte à l'intégrité susceptible d'être indemnisée.

Il a préconisé une reprise du travail dont il a supputé qu'elle aurait un effet bénéfique sur la santé psychique de l'assuré, tout en soulignant que ce dernier ressortait du domaine de la maladie.

18. Le 23 décembre 2008, l'assurance-accidents a rendu une décision aux termes de laquelle elle a mis fin au versement de ses prestations avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 2008, date de l'expertise réalisée par le CEMed, au motif que le *statu quo sine* avait alors été constaté. Cette décision devait par la suite être confirmée sur opposition (cf. décision du 16 mars 2009).
19. Par courrier du 10 février 2009, la caisse a informé l'assuré que si elle admettait qu'il ne puisse plus exercer sa profession habituelle elle considérerait en revanche qu'il disposait d'une pleine capacité à exercer une activité adaptée. Elle lui a rappelé son devoir de prendre spontanément les mesures nécessaires à sa réinsertion et le fait qu'à défaut, les prestations pourraient lui être refusées. La caisse a finalement annoncé à l'assuré qu'elle lui verserait des indemnités journalières à 100 % jusqu'au 30 avril 2009.
20. Par courrier du 16 février 2009, l'assuré a demandé à la caisse de revoir sa position, un travail bureautique lui étant interdit vu son manque de qualifications, son âge et sa situation économique.
21. Par décision du 3 mars 2009, la caisse a accepté de prolonger le versement des indemnités journalières jusqu'au 31 mai 2009 mais pas au-delà. Elle a jugé que les arguments de l'assuré relatifs au marché de l'emploi et à son absence de qualifications ne lui permettaient pas de prétendre des indemnités journalières de l'assurance-maladie plus longtemps puisqu'il pouvait travailler en position assise.
22. Le 13 mars 2009, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a expliqué qu'il ne se refusait pas à travailler mais s'interrogeait sur le type d'activité qu'il pourrait envisager eu égard à sa situation.
23. Par courriers des 20 avril et 18 mai 2009, l'assuré a complété son opposition en alléguant souffrir d'importantes douleurs liées aux troubles dégénératifs de son genou droit et être dans l'incapacité d'exercer une activité, que ce soit en position assise ou debout. A cet égard, il s'est référé à l'avis du Dr N\_\_\_\_\_ et a fait

remarquer que les traitements auxquels il s'était soumis avaient tous échoué. Il a ajouté que des investigations médicales étaient encore en cours auprès du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES GENEVOIS (HUG). Il a également relevé que son dossier auprès de la caisse ne semblait receler aucun rapport médical.

24. Par courrier du 25 mai 2009, la caisse a transmis les rapports médicaux concernant l'assuré au mandataire de ce dernier, en précisant qu'elle était en train de réexaminer son cas.
25. L'assuré a persisté dans les termes de son opposition en soulignant que les rapports médicaux transmis remontaient à 2007 et 2008 et que l'expertise du CEMed avait été menée sous l'angle de l'accident et non de la maladie.
26. Le 17 juin 2009, les Drs Q\_\_\_\_\_, chef de clinique en psychiatrie, R\_\_\_\_\_, neurologue, et S\_\_\_\_\_, médecin adjoint auprès du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, ont rendu un rapport.

Dans l'anamnèse, ils ont fait état d'une nouvelle glissade avec traumatisme indéterminé en mars 2008 et relevé que le Dr T\_\_\_\_\_ avait pratiqué une injection de corticoïdes et trois viscosupplémentations par acide hyaluronique en décembre, sans grande amélioration des symptômes.

L'assuré se plaignait depuis de douleurs d'augmentation progressive, maximales au niveau sous-rotulien mais irradiant sous forme de brûlures en direction de la cheville et de la cuisse. La douleur était décrite comme toujours présente, plus intense le soir, avec des lancées et une impression de chaleur, nettement augmentée par la mobilisation, la marche étant limitée à cinq minutes et se faisant à l'aide d'une canne. La douleur était insomniente, évaluée entre 7 et 9 sur 10 sur une échelle visuelle analogique. Divers anti-inflammatoires non stéroïdiens, du Tramadol et de la morphine sous forme de patches n'avaient eu que peu d'effet sur les douleurs, la physiothérapie avec massages et exercices ayant été interrompue car l'assuré était trop fatigué pour la poursuivre.

Les médecins ont indiqué qu'une demande de rente d'invalidité avait été déposée.

Sur le plan psychiatrique, ils ont relevé une symptomatologie dépressive modérée à sévère à l'auto-questionnaire rempli par l'assuré avec sa fille (tristesse, perte d'espoir et de plaisir, dévalorisation, irritabilité et trouble du sommeil). L'examen clinique a montré que, sans canne, l'assuré marchait difficilement, avec décharge du membre inférieur droit et absence de flexion du genou droit. Aucune amyotrophie n'était constatée. Le genou était calme, sans épanchement, avec une douleur à la palpation de l'interligne articulaire interne et à la pression de la rotule et sans laxité au *testing* ligamentaire. Le status neurologique était sans particularités en dehors de

réflexes particulièrement vifs avec une diffusion controlatérale et un clonus épuisable.

Les médecins ont estimé que les troubles dégénératifs du compartiment fémoro-tibial interne révélés par le bilan n'expliquaient que partiellement les douleurs présentes. Ils ont expliqué à l'assuré que la mobilisation de son genou était essentielle et lui ont fait remarquer que sa mobilité avait diminué depuis qu'il avait interrompu la physiothérapie.

Les médecins ont émis l'avis que l'importante symptomatologie dépressive participait certainement au cercle vicieux de la démobilité et de la douleur et ils ont proposé l'introduction d'un traitement par Saroten et le remplacement de la morphine par du paracétamol.

27. Par courrier du 18 juin 2009, l'assurance-accidents a demandé à la caisse le remboursement des prestations qu'elle estimait avoir versées à tort, soit un montant total de 17'065 fr. 60 correspondant à une indemnisation à 100 % du 1<sup>er</sup> juillet 2008 au 30 novembre 2009 par l'assurance-accidents obligatoire et l'assurance-accidents complémentaire.
28. Par courrier du 13 juillet 2009, l'assuré a sollicité de la caisse la poursuite du versement des indemnités journalières.
29. Le 16 juillet 2009, il lui a transmis les certificats médicaux établis par le Dr N\_\_\_\_\_ pour la période du 25 avril au 24 juillet 2009.
30. Le 23 juillet 2009, la caisse a demandé à l'assuré, par téléphone, certaines précisions concernant ses charges et ses revenus, ceci afin de se prononcer sur la demande d'assistance judiciaire qu'il avait déposée en relation avec son opposition. L'assuré a alors sollicité le rétablissement de l'effet suspensif durant l'instruction de son dossier.
31. Le 27 juillet 2009, lors d'un second entretien téléphonique, la caisse a informé l'assuré qu'elle s'apprêtait à rendre une décision sur opposition confirmant sa position mais qu'elle ne pourrait statuer sur sa demande d'assistance que dans un deuxième temps, certains éléments devant encore faire l'objet d'une instruction.
32. Le 31 juillet 2009, la caisse a rendu une décision confirmant celle du 3 mars 2009 et supprimant l'effet suspensif d'un éventuel recours. La caisse s'est référée à l'expertise du CEMed, dont elle a relevé qu'elle concluait clairement à une pleine capacité à exercer une activité en position assise. La caisse a rappelé à l'assuré son devoir de réduire le dommage en recherchant, cas échéant, une activité professionnelle dans un domaine différent. Elle a ajouté qu'une activité simple et répétitive dans le domaine de l'industrie n'occasionnerait pas de préjudice

économique à l'assuré eu égard au revenu réalisé dans son activité précédente et en a tiré la conclusion que son droit aux indemnités journalières devait être nié.

S'agissant du versement des indemnités journalières durant la procédure d'opposition, la caisse a estimé que de telles mesures provisionnelles ne se justifiaient pas en l'occurrence.

Pour le reste, elle a rappelé que l'effet suspensif ne pouvait être accordé si l'opposition paraissait de prime abord dépourvue de chances de succès et si le risque qu'une demande de restitution des prestations s'avère infructueuse en cas de rejet de la demande au fond était élevé.

33. Répondant à la demande de renseignements complémentaires de la caisse dans le cadre de l'instruction de sa demande d'assistance juridique, l'assuré a indiqué que ses trois enfants faisaient ménage commun avec lui. L'aînée touchait un revenu mensuel de 3'000 fr., la puînée était étudiante et touchait une aide de l'Hospice général de 100 fr., le cadet était apprenti et son salaire mensuel était de 370 fr. Ces montants, cumulés au revenu de 712 fr. de l'épouse de l'assuré, conduisaient à une somme totale de 4'299 fr., à laquelle s'ajoutait en outre un subside de logement de 78 fr. 10. Les revenus de l'assuré étant inférieurs à ses dépenses, celui-ci persistait dans sa demande d'assistance juridique.
34. Dans un certificat du 7 septembre 2009, le Dr N\_\_\_\_\_ a attesté que l'assuré souffrait de douleurs chroniques au genou et à l'épaule droits. Des radiographies récentes montraient une scoliose de la colonne lombaire. Enfin, le médecin a fait état d'un trouble dépressif moyen traité par antidépresseurs.
35. Par acte du 14 septembre 2009, l'assuré a interjeté recours contre la décision de la caisse (ci-après l'intimée) auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant, sous suite de dépens, à son annulation et au versement d'indemnités journalières au-delà du mois d'avril 2009, à titre subsidiaire jusqu'au 31 août 2009. Préalablement, le recourant a sollicité la restitution de l'effet suspensif.

Le recourant allègue qu'il ne parle pas le français et ne dispose pas de compétences professionnelles utilisables en Suisse. Il ajoute que son licenciement l'a profondément affecté et que l'assurance-accidents le considère comme malade. Il affirme avoir toujours été disposé à travailler et explique que son incapacité de travail est liée à ses douleurs et à sa dépression.

Le recourant reproche à l'intimée de ne s'être fondée que sur le dossier instruit par l'assurance-accidents, alors que le droit aux prestations qu'elle fournit se fonde sur d'autres éléments que ceux sur lesquels se base l'assurance-accidents.

Il fait également grief à l'intimée de n'avoir pas procédé à une réactualisation des rapports médicaux et de n'avoir pas tenu compte des atteintes récentes à sa santé -

c'est-à-dire ses gonalgies chroniques et ses problèmes psychiques -, ce dont il fait remarquer que l'intimée l'a d'ailleurs implicitement admis en déclarant qu'elle allait procéder à un réexamen de son dossier.

Subsidiairement, le recourant fait valoir que le délai de trois mois que lui a octroyé l'intimée pour trouver un nouvel emploi est trop bref au regard de la doctrine, et qu'il ne tient en particulier pas compte du fait qu'il ne maîtrise aucune des langues nationales et n'a pas de compétences professionnelles utilisables en Suisse.

36. Invitée à se déterminer, l'intimée a tout d'abord conclu, en date du 30 septembre 2009, au rejet de la demande d'effet suspensif.
37. Quant au fond, elle s'est déterminée le 13 novembre 2009. L'intimée allègue que c'est en raison du fait que l'assurance-accidents ne l'a informée que tardivement qu'elle n'a pu mettre un terme plus tôt au versement des indemnités journalières. Considérant que ce dernier avait ainsi touché à tort des prestations durant onze mois, l'intimée s'est réservé la possibilité de conclure à une *reformatio in pejus* pour ce motif.

Pour le reste, elle fait valoir que les arguments du recourant relèvent plus de l'assurance-chômage que de l'assurance-maladie. Elle relève que les certificats établis par les Drs N\_\_\_\_\_ sont sans grande valeur probante, au contraire de l'expertise du CEMed, qui remplit parfaitement les réquisits jurisprudentiels en la matière. Or, cette expertise conclut à une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. L'intimée en tire la conclusion qu'en ne reprenant pas d'activité, le recourant a violé son obligation de réduire le dommage.

38. Par arrêt incident du 17 décembre 2009 (ATAS/1661/2009), le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif du recourant.
39. Dans sa réplique du 18 janvier 2010, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il rappelle que l'expertise du CEMed était destinée à l'assurance-accidents, que la chondropathie rotulienne est une affection de nature dégénérative susceptible de s'aggraver et que le CEMed a en outre fait état d'une possible détérioration de sa santé psychique s'il ne retrouvait pas un emploi.

Il soutient que les Drs Q\_\_\_\_\_, R\_\_\_\_\_, S\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_ ont constaté qu'il était atteint tant sur le plan psychique que physique.

Enfin, il indique que l'assurance-chômage l'a rejeté au motif que son incapacité de travail perdurait.

40. L'intimée a dupliqué le 19 février 2010.

Elle rappelle que le recourant a déclaré aux médecins du CEMed qu'il pouvait marcher 30 minutes et que les douleurs étaient supportables voire inexistantes lorsqu'il était assis et que le CEMed a au demeurant qualifié ses plaintes de peu probantes au regard de l'examen clinique.

L'intimée relève que le recourant n'a pas invoqué de problèmes psychiques à l'appui de son opposition et, se référant aux différents rapports médicaux versés au dossier, conclut qu'il n'y a aucune justification médicale à l'incapacité de travail dont le recourant se prévaut.

L'intimée a demandé la production des dossiers complets de l'assurance-accidents et de l'assurance-chômage et, dans un second temps, l'audition des Drs O \_\_\_\_\_ et P \_\_\_\_\_.

41. Interrogé par le Tribunal, le Dr N \_\_\_\_\_ a répondu par courriers des 15 octobre et 9 novembre 2010 que le recourant souffrait d'un épisode dépressif moyen depuis le 16 juillet 2009 et que son état psychique ne jouait qu'un rôle auxiliaire dans son incapacité de travail, motivée avant tout par ses douleurs. Le recourant avait suivi un traitement antidépresseur du 16 juillet 2009 à mars 2010, date à laquelle il y avait mis fin de son propre chef. Il n'avait pas consulté de psychiatre. La scoliose lombaire révélée par radiographie en août 2009 ne participait pas à l'incapacité de travail.
42. Interpellé à son tour, le Dr Q \_\_\_\_\_ s'est déterminé le 19 octobre 2010, en indiquant avoir reçu le recourant à deux reprises en mai et juin 2009. La consultation multidisciplinaire de la douleur n'ayant pas pour but d'évaluer la capacité de travail des patients reçus, il ne pouvait se prononcer sur les répercussions de l'épisode dépressif moyen diagnostiqué sur la capacité de travail de l'intéressé.
43. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, tant 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) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1).

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à l'assurance-maladie, sauf dérogation expresse (art. 1 al. 1 LAMal).
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant peut se voir reconnaître le droit à des indemnités journalières au-delà du 31 mai 2009, singulièrement sur celle de l'existence d'une incapacité de travail dès 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 quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens de l'art. 68 LAMal. L'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées; ils peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité (art. 72 al. 1 LAMal).

b) Le droit à l'indemnité journalière selon la LAMal suppose une incapacité de travail, définie conformément à l'art. 6 LPGA, réduite de moitié au moins (art. 72 al. 2 première phrase LAMal). La jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie (LAMA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 1995) est également applicable sous le nouveau régime de la LAMal (ATF 128 V 152, consid. 2a; RAMA 1998 n° KV 45 p. 430).

Selon la jurisprudence, est considéré comme incapable de travailler l'assuré qui, à la suite d'une atteinte à la santé, ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore avec le risque d'aggraver son état (ATF 129 V 51, consid. 1.1 et les références). Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut, selon la jurisprudence, établir dans quelle mesure l'assuré ne peut plus, en raison de l'atteinte à la santé, exercer son activité antérieure, compte tenu de sa productivité effective et de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger de lui (RAMA 2005 KV n°342 p. 356; ATF 114 V 281, consid. 1c).

c) En cas d'incapacité de travail de longue durée, on peut raisonnablement exiger de l'assuré, conformément à son obligation de diminuer le dommage qui est un principe général du droit des assurances sociales, qu'il utilise sa capacité de travail résiduelle dans un autre secteur d'activité professionnelle, à condition qu'un laps de

temps suffisant lui soit imparti pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé (ATF 9C\_546/2007 du 28 août 2008, consid. 3.4; ATF 129 V 463, consid. 4.2). Ce principe a été codifié à l'art. 6, deuxième phrase LPGA.

Dans l'hypothèse où un assuré, en vertu de son obligation de diminuer le dommage, doit s'astreindre à changer de profession, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat - pendant lequel l'indemnité journalière versée jusque-là est due - pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi (RAMA 2000 KV n°112 p. 122 consid. 3a). Dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (SJ 2000 II consid. 2b p. 440).

d) L'assureur-maladie ne peut toutefois se défaire de son obligation d'indemniser la perte de gain de l'assuré en se fondant uniquement sur la seule évaluation médico-théorique de la capacité de travail dont ce dernier dispose dans sa nouvelle activité. Il reste tenu au paiement de l'indemnité journalière, le cas échéant dans une mesure réduite, tant que subsiste chez l'assuré un dommage résiduel dû à la maladie et couvert par les conditions d'assurance. Ce dommage se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans maladie dans la profession exercée jusqu'ici et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession (ATF 114 V 281, consid. 3c in fine).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 157, consid. 1b et les références).

S'agissant de la capacité de travail, les tâches du médecin consistent à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités il est incapable de travailler, d'autre part à déterminer les travaux qui peuvent encore raisonnablement être exigés de lui (ATF 125 V 256, consid. 4).

7. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux

d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286, consid. 1b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2; ATF 125 V 351, consid. 3b/ee).

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 celui-ci (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb et cc).

D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3 et les références).

8. En l'espèce, s'agissant de l'incidence des douleurs au genou du recourant sur sa capacité de travail, la Cour relève ce qui suit.

L'assurance-accidents du recourant a procédé à une expertise afin de déterminer si l'atteinte à son genou était encore liée à l'événement accidentel du 18 juillet 2007. Cette expertise correspond parfaitement aux réquisits jurisprudentiels exposés plus haut. Elle contient en effet une anamnèse complète, un examen clinique et expose précisément les plaintes du recourant. Les conclusions de cette expertise sont motivées et convaincantes. Il sied donc de lui reconnaître une pleine valeur probante en tant qu'elle porte sur les répercussions des troubles du genou sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

En ce qui concerne les problèmes orthopédiques du recourant, il faut au demeurant constater que les autres rapports médicaux versés au dossier ne permettent pas d'aboutir à une conclusion différente de celle du CEMed. En effet, le Dr T\_\_\_\_\_ fait essentiellement état des douleurs alléguées par le patient, sans pouvoir les imputer à des causes organiques, hormis une arthrose du genou dont les experts du CEMED ont tenu compte dans leur appréciation. Quant aux spécialistes de la douleur des HUG consultés par le recourant, ils ne sont pas parvenu à un résultat différent. Enfin, les certificats établis par le Dr N\_\_\_\_\_, ne contiennent aucun élément objectif susceptible de remettre en question les conclusions des experts consultés.

Ainsi, quand bien même l'expertise du CEMed a été réalisée afin de déterminer si l'incapacité de travail du recourant était en lien de causalité avec un accident, l'intimée était fondée à s'appuyer sur ses conclusions claires s'agissant de la capacité du recourant à exercer une activité adaptée et à mettre un terme au versement d'indemnités journalières pour maladie après un délai approprié, puisqu'il s'agit là d'un critère pertinent pour déterminer la durée du droit à de telles prestations.

S'agissant du délai imparti au recourant pour trouver un emploi adapté, on relèvera que l'intéressé a été averti de son obligation de réduire le dommage par courrier du 16 février 2009. Le délai pour trouver un emploi adapté ayant été prolongé au 31 mai 2009, soit quelque trois mois plus tard, il se situe dans la fourchette dégagée par la jurisprudence, de sorte qu'il n'est pas critiquable.

9. Il reste cependant à déterminer si l'incapacité de travail dont se prévaut le recourant est justifiée par des troubles psychiques ou d'autre nature.

Il sied de rappeler que le Dr U\_\_\_\_\_, en novembre 2008, avait évoqué un état psychique relevant de la maladie. Si l'existence de tels troubles ne revêtait pas d'importance dans la détermination du droit aux prestations de l'assurance-accidents - puisque sans lien avec l'évènement, il n'en va pas de même dans le cadre de l'assurance-maladie, qui doit, dans les limites légales, verser des indemnités journalières si un trouble psychique ayant valeur de maladie entraîne une incapacité de travail.

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 126 V 353, consid. 5b; ATF 125 V 193, consid. 2). 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2; ATF 126 V 319, consid. 5a).

En l'espèce, la preuve d'une incapacité de travail entraînée par des troubles psychiques n'a pas été rapportée au degré de la vraisemblance prépondérante. Le Dr Q\_\_\_\_\_ a en effet déclaré qu'il ne pouvait se prononcer sur les répercussions du trouble dépressif du recourant sur sa capacité de travail. Quant au Dr N\_\_\_\_\_, il a souligné que le facteur psychique n'était qu'auxiliaire dans l'incapacité de travail dont il a attesté, cette dernière étant avant tout imputable aux douleurs du recourant. De plus, ce dernier n'a pas consulté de spécialiste en psychiatrie et a mis un terme de lui-même à son traitement antidépresseur, éléments qui constituent des indices supplémentaires que si trouble psychique il y avait, il n'était pas d'une intensité suffisante pour justifier une incapacité de travail.

10. Il reste cependant à procéder à l'évaluation de la perte de gain occasionnée à l'assuré par les atteintes à sa santé en comparant le revenu qu'il aurait réalisé en tant que plongeur à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant une activité adaptée.

S'agissant du revenu que le recourant aurait pu réaliser en exerçant une activité de substitution, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (RAMA 2001 n° U 439 p. 347; cf. Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA 1, niveau de qualification 4), à savoir 4'806 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise ou 57'672 fr. par an pour un horaire de 40 heures hebdomadaires. Calculé en fonction de la durée hebdomadaire moyenne de travail de 41,6 heures en 2008 (cf. Statistique de la durée normale du travail dans les entreprises), ce revenu mensuel hypothétique correspond à un salaire annuel de 59'978 fr. 90 ( $[57'672 : 40] \times 41.6$ ). Même avec une réduction supplémentaire de 10 % pour tenir compte des limitations de l'assuré, il en résulterait un revenu annuel de 53'980 fr. 20, lequel se révèle supérieur à celui que le recourant réalisait en tant que plongeur. Aucune perte de gain n'est donc à déplorer théoriquement, de sorte que c'est à juste titre que l'intimée a nié le droit de l'assuré aux indemnités journalières.

11. Eu égard aux considérants qui précèdent, le recours sera rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), 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); 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le