

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 juin 2021

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mmes Dessaux et Durussel, juges  
Greffière : Mme Huser

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Guy Longchamp, avocat à Assens,

et

**ASSURANCE MALADIE B.**\_\_\_\_\_**SA**, à [...] intimée.

---

## **E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant serbe né en 1978, est entré en Suisse en octobre 2014. Il s'est marié avec une Suisseuse durant ce même mois. Sans formation professionnelle certifiée, il a été engagé en qualité de manœuvre et aide-peintre à plein temps par la société A.\_\_\_\_\_Sàrl dès le 12 novembre 2014.

En date du 27 avril 2016, il a été victime d'un accident sur son lieu de travail, qui lui a occasionné une entorse sévère de la cheville droite, laquelle a nécessité une neurolyse du nerf sural latéral réalisée le 12 octobre 2016. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a servi des prestations consécutivement à cet accident.

Du dossier constitué auprès de la CNA, il est en particulier ressorti que l'assuré présentait des douleurs persistantes de la cheville droite sur status après entorse et neurolyse du nerf cutané sural latéral en raison d'un névrome, compliquées par une dermohypodermite. Il souffrait également de douleurs de l'épaule droite avec tendinopathie du tendon supra-épineux et déchirure du labrum postéro-supérieur avec bursite sous-acromiale, ainsi que de lombalgies communes. La capacité de travail était entière dès le 11 décembre 2017, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée (sans activité répétée sur des terrains irréguliers ; cf. notamment rapport de la Clinique N.\_\_\_\_\_ [Clinique N.\_\_\_\_\_] du 7 juin 2017 et rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA du 8 décembre 2017).

**B.** Le 22 décembre 2017, l'employeur du recourant a adressé une déclaration d'incapacité de travail pour cause de maladie à Assurance maladie B.\_\_\_\_\_SA (ci-après : Assurance maladie B.\_\_\_\_\_SA ou l'intimée), mentionnant que le recourant se trouvait en incapacité de travail depuis le 11 décembre 2017. L'employeur a précisé que l'incapacité de travail avait débuté le 11 décembre 2017 pour le cas maladie et le 27 avril 2016 pour le cas accident.

Le 1<sup>er</sup> juin 2018, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a adressé un rapport au Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, mentionnant que le patient signalait des signes de cervicalgies, des douleurs à l'épaule droite, du coude à droite sur son versant interne et de la malléole externe à droite. Le médecin précité indiquait en conclusion qu'il n'avait pas pu déceler de lésion neurogène chez le patient, qu'il n'existait en particulier pas de signe de lésion radiculaire et que le cubital et le sural étaient également dans les normes.

Par courrier du 5 juin 2018, l'intimée a invité le recourant à déposer une demande auprès de l'OAI.

Sur mandat de Assurance maladie B.\_\_\_\_\_SA, une expertise de l'assuré a été réalisée le 8 juin 2018 par le Dr G.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 19 juin 2018, ce dernier a retenu les diagnostics d'hémisyndrome douloureux droit sans substrat organique, de troubles dégénératifs étagés mineurs de la colonne cervicale, de status après neuropathie irritative du cubital du coude droit et troubles dégénératifs mineurs de l'épaule droite, de status après neurolyse du nerf cutané sural latéral dans la région susmalléolaire et de status après entorse bénigne du ligament latéral externe de la cheville droite. A son avis, la capacité de travail de l'assuré était entière depuis le début 2017, en l'absence de troubles anatomiques objectivables.

Le rapport d'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ a été transmis au médecin-conseil de Assurance maladie B.\_\_\_\_\_SA le 5 juillet 2018, lequel a précisé qu'une reprise de l'activité à 100% était immédiatement exigible au jour de l'expertise médicale.

Le 9 juillet 2018, Assurance maladie B.\_\_\_\_\_SA a adressé à l'assuré une décision formelle, concluant qu'elle était disposée à verser des indemnités journalières jusqu'au 15 juillet 2018 dans la mesure où, sur la base de l'expertise médicale et de son analyse par le médecin-conseil, il avait été relevé que l'assuré pouvait mettre à profit une pleine capacité de travail depuis le 8 juin 2018.

Le 8 août 2018, le dossier médical de l'assuré ainsi que le rapport d'IRM [imagerie par résonance magnétique] cervicale du 26 avril 2018 effectué par la Dre R.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, ont été soumis au médecin-conseil de Assurance maladie B.\_\_\_\_\_. Celui-ci a constaté qu'aucun nouvel élément ni aucune atteinte somatique nouvelle ne figuraient en particulier dans le rapport médical rédigé par le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin traitant de l'assuré, en date du 5 juillet 2018, soit après l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_.

Dans un courrier du 27 novembre 2018, le Dr G.\_\_\_\_\_ a confirmé les conclusions de son rapport d'expertise du 19 juin 2018.

Quant au médecin-conseil de l'intimée, il a indiqué, dans un document daté du 31 janvier 2019, que l'avis médical complémentaire du Dr G.\_\_\_\_\_ du 27 novembre 2018 confirmait l'absence d'éléments attestant un fait nouveau.

Par projet de décision du 25 février 2019, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui nier le droit au versement d'une rente du 1<sup>er</sup> août 2017 au 31 mars 2018, les conditions générales d'assurance (durée de cotisations de trois ans au moment de la survenance de l'invalidité) n'étant pas remplies. Il a repris les termes de ce projet dans une décision du 8 avril 2019.

Le 27 mars 2019, Assurance maladie B.\_\_\_\_\_SA a adressé au conseil de l'assuré un courrier intitulé « Reformatio in pejus suite à notre décision du 9 juillet 2018 ». Aux termes de cet avis, il était laissé au recourant l'opportunité de retirer son opposition du 10 septembre 2018 dans la mesure où l'expertise médicale réalisée par le Dr G.\_\_\_\_\_ avait mis en lumière qu'il n'y avait plus d'incapacité de travail au-delà du 31 décembre 2016.

Par décision sur opposition du 4 mars 2020, Assurance maladie B.\_\_\_\_\_SA a rejeté l'opposition de l'assuré du 19 juillet 2018 et réformé

la décision du 9 juillet 2018 en ce sens que le droit aux indemnités journalières maladie était totalement nié dès le départ et que les prestations versées avaient été perçues à tort et devaient être remboursées à hauteur de 21'596 fr. 50 (période du 12 décembre 2017 au 15 juillet 2018).

**C.** Par acte du 4 mai 2020, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à des indemnités journalières au-delà du 15 juillet 2018 lui est reconnu, subsidiairement à ce qu'un droit à des indemnités journalières lui soit reconnu jusqu'au 15 juillet 2018, plus subsidiairement à ce qu'il ne soit pas tenu de rembourser les prestations perçues entre le 12 décembre 2017 et le 15 juillet 2018 et plus subsidiairement encore à l'annulation de la décision sur opposition du 4 mars 2020, la cause étant renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il fait d'une part valoir que l'expertise du médecin-conseil de l'intimée est incomplète dès lors qu'elle ne tiendrait pas compte des troubles physiques attestés médicalement (troubles au bras droit et hernie cervicale) ayant entraîné une incapacité de travail de 100% puis de 50%. D'autre part, il estime que l'intimée n'était pas en droit de revenir sur l'octroi des prestations jusqu'au 15 juillet 2018 et encore moins de demander le remboursement de ces prestations dès lors que la *reformatio in pejus* ne pouvait intervenir que dans le cadre de l'objet du litige déterminé par la décision initiale et les conclusions formées par l'opposant.

Par réponse du 17 juillet 2020, l'intimée soutient tout d'abord que l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_, qui atteste une capacité de travail totale du recourant dès janvier 2017, a pleine valeur probante. Elle estime ensuite qu'elle était en droit de réformer la décision du 9 juillet 2018 et de nier au recourant tout droit aux prestations dans la mesure où elle lui avait laissé le choix de retirer son opposition et de garder les prestations déjà versées pour acquises ou de maintenir son opposition et s'exposer à se voir notifier une demande de restitution de ces prestations. Partant, elle

était également fondée à demander la restitution des prestations versées entre les mois de décembre 2017 et juillet 2018.

Répliquant le 25 septembre 2020, le recourant indique qu'il travaille à 40% depuis le 1<sup>er</sup> août 2020, ce qui correspond à peu de choses près au taux de capacité de travail que lui reconnaissait le Dr T. \_\_\_\_\_ en mai 2019, et qu'il est donc faux de prétendre qu'il aurait violé son obligation de diminuer le dommage, respectivement qu'il aurait recouvré une pleine capacité de travail le 1<sup>er</sup> janvier 2017 déjà. Il considère également que l'appréciation du Dr G. \_\_\_\_\_ doit être écartée, dès lors qu'elle ne contiendrait aucun élément permettant de justifier la fixation rétroactive d'une capacité de travail du recourant dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017, alors que le médecin traitant attestait toujours une incapacité de travail totale de son patient en juillet 2018.

Par duplique du 19 octobre 2020, l'intimée maintient sa position, en relevant que la notion d'incapacité de travail ne doit pas être confondue avec la notion d'invalidité, que l'expertise a été réalisée par un éminent spécialiste et répond à tous les réquisits jurisprudentiels pour lui accorder une pleine valeur probante. Enfin, elle revient sur le fait qu'elle a laissé le choix au recourant de retirer son opposition pour lui éviter de devoir restituer les prestations versées, selon elle, à tort et renvoie à la réponse au recours s'agissant des motifs ayant conduit à la décision de *reformatio in pejus*.

**E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile compte tenu de l'ordonnance du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus (COVID-19 ; RS 173.110.4 ; abrogée au 19 avril 2020), en rapport avec les art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 1 LPGA.

Le recours respecte, en outre, les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a réformé *in pejus* la décision du 9 juillet 2018, par laquelle elle avait octroyé des prestations au recourant du 12 décembre 2017 au 15 juillet 2018, en ce sens que le droit à des indemnités journalières maladie est totalement nié à compter du 12 décembre 2017 et que toutes les prestations perçues par le recourant doivent être remboursées à concurrence de 21'596 fr. 50.

**3. a)** Selon l'art. 72 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 (al. 1). Aux termes de l'art. 1 des Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal, édition au 1<sup>er</sup> janvier 2011 (ci-après : les Conditions générales BE), l'assureur accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité de travail résultant

notamment de la maladie. La notion de maladie est décrite à l'art. 3 LPGA. Il s'agit de toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

D'après l'art. 72 al. 2 LAMal, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié. L'art. 13 ch. 1 des Conditions générales BE prévoit que l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25%. La notion d'incapacité de travail est définie à l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou dans 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. Les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours (art. 72 al. 3 LAMal et 7 ch. 1 des Conditions générales BE).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis

décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**4. a)** Dans un premier moyen, le recourant fait grief à l'intimée de s'être fondée sur le rapport d'expertise médicale du Dr G. \_\_\_\_\_ qu'il qualifie d'incomplet pour déterminer sa capacité de travail, dans la mesure où son médecin traitant a attesté une incapacité de travail de 50% en raison de troubles au bras droit et de problèmes importants aux cervicales (au niveau C3-C4) dès janvier 2018, alors que l'expert a conclu à une capacité de travail de 100% dès janvier 2017.

**b)** Dans son rapport d'expertise du 19 juin 2018, le Dr G. \_\_\_\_\_ a tenu compte, contrairement à ce que soutient le recourant, des troubles d'ordre physique au bras droit et des problèmes aux cervicales dont il souffre. Ce médecin a en effet mentionné que l'IRM de l'épaule droite n'avait montré que de discrets troubles dégénératifs débutants, incompatibles avec l'extension des plaintes et que l'examen neurologique n'avait montré qu'une irritation du nerf cubital au coude droit, sans déficit sensitivo-moteur objectivable. Par ailleurs, il a mentionné l'IRM de la colonne cervicale faite le 24 avril 2018 par la Dre R. \_\_\_\_\_ qui avait montré des déshydratations discales étagées avec une protrusion circonférentielle en C3-C4 et une uncarthrose rétrécissant modérément le trou de conjugaison C3-C4 droit au contact de la racine C4. Il a précisé que depuis lors, l'évolution était stationnaire avec persistance des douleurs à la face postérieure de la colonne cervicale, de l'épaule droite et du coude droit et la persistance inchangée des engourdissements dans les deux derniers doigts de la main droite. En date du 30 mai 2018, un contrôle neurologique a été effectué à la demande de l'expert par le Dr D. \_\_\_\_\_ qui a relevé que les examens s'étaient avérés normaux, sans lésion neurogène objectivable, notamment sans signe de lésion radiculaire, ni tronculaire. Le nerf cubital et le nerf sural étaient également dans les limites de la norme.

On constatera également que l'anamnèse du rapport d'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_ est détaillée et tient compte de tous les antécédents médicaux du recourant, à savoir de son problème à la cheville droite, au coude droit, à l'épaule droite ainsi que de son atteinte aux cervicales. Un examen clinique complet a été réalisé, des diagnostics clairs, sans répercussion sur la capacité de travail, ont été posés et les conclusions bien motivées, si bien qu'une pleine valeur probante doit être reconnue à ce rapport d'expertise.

Les pièces produites par le recourant ne sont pas susceptibles, en l'état du dossier, de faire douter des conclusions retenues par l'intimée. On relèvera en effet que la symptomatologie douloureuse présentée par le recourant à l'épaule droite et aux cervicales était connue des spécialistes

l'ayant examiné, notamment des médecins de la Clinique N.\_\_\_\_\_ et du Dr G.\_\_\_\_\_. Ce dernier a expressément exclu des conséquences de ces problématiques sur l'exigibilité d'une activité lucrative à plein temps. Le rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 31 mai 2019, produit au stade du recours, est insuffisant pour remettre en question l'évaluation de l'expert précité, dans la mesure où ce document est particulièrement peu étayé. On ignore en effet pour quelle activité le médecin traitant s'est prononcé et les restrictions fonctionnelles précises qui justifieraient un taux d'activité réduit. Les conclusions de l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ peuvent ainsi être suivies, si bien qu'il y a lieu de considérer, avec l'intimée, que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans toute activité en tout cas au jour de l'examen par l'expert le 8 juin 2018 ou au plus tard dès le 16 juillet 2018.

**c)** Ainsi, la conclusion du recourant tendant à ce que les indemnités journalières soient versées au-delà du 15 juillet 2018 doit être rejetée.

**5. a)** Dans un second moyen, le recourant reproche à l'intimée d'être revenue, sans motif valable, sur sa décision du 9 juillet 2018, lui octroyant des indemnités journalières du 11 décembre 2017 au 15 juillet 2018 (*reformatio in pejus*), et considère qu'elle n'était pas en droit de lui en demander le remboursement. Reste ainsi à déterminer si le recourant disposait d'une pleine capacité de travail au jour de l'examen par l'expert le 8 juin 2018 ou dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017 déjà.

**b/aa)** Une prudence particulière s'impose lorsqu'il s'agit d'apprécier la portée d'une expertise, estimant rétroactivement une capacité de travail, en ce sens qu'on ne saurait en aucune mesure lui accorder un poids prépondérant. De plus, il n'y a lieu de s'écarter des rapports médicaux établis aux périodes proches des circonstances litigieuses qu'en présence d'indices sérieux. En effet, les atteintes à la santé ne peuvent être déterminées de manière fiable par la suite, en particulier dans le cas d'indemnités journalières maladie qui sont des prestations à court terme versées uniquement sur la base des rapports

médicaux des médecins consultés (Christoph Häberli et David Husmann, Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, Berne 2015, n. 198 et arrêt TF 8C\_267/2014 du 21 juillet 2014 consid. 3.2.1).

**bb)** Selon l'art. 12 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11), l'assureur n'est pas lié par les conclusions de l'opposant. Il peut modifier la décision à l'avantage ou au détriment de l'opposant (al. 1). Si l'assureur envisage de modifier la décision au détriment de l'opposant, il donne à ce dernier l'occasion de retirer son opposition (al. 2).

L'assureur peut donc procéder à une *reformatio in pejus* lorsqu'il statue sur opposition. Selon la jurisprudence, la *reformatio in pejus* telle que prévue dans la phase de l'opposition n'a pas à être soumise aux conditions restrictives valant pour la *reformatio in pejus* devant le juge (art. 61 let. d LPGA), puisque la procédure d'opposition est soumise à des formalités moins strictes que le recours et que l'opposition n'a pas d'effet dévolutif. La *reformatio in pejus* ne peut intervenir que dans le cadre du litige, lequel est déterminé par la décision initiale et les conclusions formées par l'opposant. Il est important que l'assuré, dans ses conclusions, désigne avec précision l'aspect de la décision qu'il entend contester. Lorsque l'opposition concerne une rente, celle-ci est considérée comme un tout de sorte que la contestation d'un aspect de celle-ci, comme le taux d'invalidité, peut amener l'assureur à en revoir d'autres aspects, comme le jour où elle prend effet ou le salaire déterminant (Valérie Défago Gaudin, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, nn. 30 à 32 ad art. 52 LPGA et les références citées).

**c)** En l'espèce, par décision du 9 juillet 2018, l'intimée a mis fin au versement des prestations en faveur de recourant au 15 juillet 2018, immédiatement après avoir pris connaissance du rapport d'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_ du 19 juin 2018 et de l'avis de son médecin-conseil du 5 juillet 2018. Elle a clairement renoncé, dans un premier temps, à doter sa décision de tout effet rétroactif, ayant même précisé

que l'octroi de ces prestations permettrait au recourant « d'entreprendre les démarches nécessaires dans les meilleures conditions » en vue d'une reprise d'activité. L'intimée a par la suite procédé à une *reformatio in pejus*. En effet, le 27 mars 2019, elle a adressé un courrier au recourant l'informant de cette *reformatio in pejus* et lui laissant la possibilité de retirer son opposition. Comme le recourant l'a informée qu'il n'entendait pas retirer son opposition, l'intimée a, par décision sur opposition du 4 mars 2020, nié au recourant le droit à des prestations rétroactivement au 11 décembre 2017 et lui en a demandé le remboursement. Même si les conditions de la *reformatio in pejus* dans la procédure d'opposition sont moins sévères que devant le juge (cf. consid. 5 b/bb *supra*) et qu'en l'espèce, elles sont formellement remplies, dans la mesure où l'intimé a respecté le droit d'être entendu du recourant et qu'il lui a donné la possibilité de retirer son opposition, ce que le recourant n'a pas fait, on peine à comprendre les raisons justifiant cette *reformatio in pejus* sur le plan médical.

Pour rappel, la CNA avait retenu une capacité de travail entière dès le 11 décembre 2017 et l'OAI avait accordé une rente jusqu'au 31 mars 2018. Le médecin-conseil de l'intimée, après avoir pris connaissance du rapport d'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_, qui certes retenait une capacité de travail depuis début 2017 mais uniquement après avoir procédé à plusieurs mesures d'instruction (rapport neurologique du 1<sup>er</sup> juin 2018, IRM cervicale, confirmation des conclusions le 27 novembre 2018), a indiqué que l'assuré pouvait mettre à profit une pleine capacité de travail depuis le 19 juin 2018, date du rapport d'expertise. Cet avis est à la base de la décision du 9 juillet 2018. Le médecin-conseil a par la suite confirmé ses conclusions le 8 août 2018 après avoir eu connaissance du rapport du 5 juillet 2018 du Dr T.\_\_\_\_\_ ainsi que du rapport d'IRM cervicale du 26 avril 2018 de la Dre R.\_\_\_\_\_. On ne voit dès lors pas ce qui, sur le plan médical, justifierait de revenir sur la première décision. En effet, le 19 juin 2018, le Dr G.\_\_\_\_\_ a conclu que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il a toutefois estimé rétroactivement au début de l'année 2017 la capacité de travail entière en l'absence de troubles anatomiques objectivables. Or en ce qui

concerne la cheville droite, une IRM du 9 mars 2017 a fait état d'une suspicion de lésion osseuse et cartilagineuse plutôt antéro-interne, avec possible lésion des faisceaux moyens des ligaments externes. S'agissant de l'épaule, l'arthro-IRM du 10 avril 2017 a montré un remaniement dégénératif débutant acromio-claviculaire, une légère bursite sous-acromiale et une tendinopathie non transfixiante du sus-épineux, proche de son insertion sur la tête humérale présentant une microgéode. Une lésion labrale postéro-supérieure a été décrite, associée avec la présence d'un foramen sous-labral étendu antérieur. Une échographie de l'épaule droite faite le 19 mai 2017 a permis de retrouver une tendinopathie du sus-épineux avec une lésion claire objectivable. La Dre S.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu le 19 décembre 2017, outre les problèmes à la cheville droite, une tendinopathie du tendon supra-épineux, des douleurs à l'épaule droite avec tendinopathie du tendon supra-épineux et déchirure du labrum postéro-supérieure à 11 heures avec légère bursite sous acromiale sur arthro-IRM d'origine dégénérative. Cette praticienne a préconisé la reprise de l'activité habituelle à compter du 11 décembre 2017. Finalement, une IRM de la colonne cervicale a révélé, le 26 avril 2018, une protrusion circonférentielle en C3-C4 provoquant des douleurs. Il s'ensuit que des atteintes ont été objectivées par des examens radiographiques courant 2017 et début 2018. Le Dr G.\_\_\_\_\_ n'a, à cet égard, pas expliqué les raisons pour lesquelles il s'est écarté des rapports médicaux établis à l'époque dans le cadre des procédures AA et AI, ni dès lors les motifs pour lesquels il a estimé la capacité de travail du recourant entière rétroactivement au début de l'année 2017. Vu la symptomatologie douloureuse du recourant, le versement des indemnités journalières est en conséquence justifié jusqu'à l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ permettant d'établir clairement la capacité de travail du recourant. Les indemnités journalières pour la période allant du 12 décembre 2017 au 15 juillet 2018 n'ont donc pas été versées à tort.

Ainsi, les conditions matérielles d'une *reformatio in pejus* ne sont en l'occurrence pas remplies, dès lors que le rapport d'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ n'est pas suffisamment probant pour déterminer la capacité

de travail du recourant rétroactivement du 12 décembre 2017 au 15 juillet 2018 par rapport aux rapports médicaux figurant au dossier.

**d)** Compte tenu de ce qui précède, les conclusions du recourant tendant à ce que le droit aux indemnités journalières lui soit reconnu jusqu'au 15 juillet 2018 et à ce qu'il ne soit pas tenu de rembourser les prestations qu'il a perçues entre le 12 décembre 2017 et le 15 juillet 2018 doivent être admises.

**6.** En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision sur opposition entreprise réformée, en ce sens que le recourant a droit aux indemnités journalières jusqu'au 15 juillet 2018 et n'est pas tenu de rembourser les prestations qu'il a perçues entre le 12 décembre 2017 et le 15 juillet 2018. Le recours est rejeté pour le surplus.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 4 al. 3 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

Obtenant partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens réduits à titre de participation aux honoraires de son conseil, qu'il convient d'arrêter à 1'000 fr., débours et TVA compris (art. 55 LPA-VD, art. 10 et 11 TFJDA), et de mettre à la charge de l'intimée.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 4 mars 2020 par Assurance maladie B.\_\_\_\_\_SA est réformée en ce sens que K.\_\_\_\_\_ a droit aux indemnités journalières jusqu'au 15

juillet 2018 et n'est donc pas tenu de rembourser les prestations qu'il a perçues du 12 décembre 2017 au 15 juillet 2018.

**III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

**IV.** Assurance maladie B. \_\_\_\_\_ SA versera à K. \_\_\_\_\_ un montant de 1'000 fr., à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

### **Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Guy Longchamp (pour le recourant),
- Assurance maladie B. \_\_\_\_\_ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :