

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 août 2021

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Pelletier et M. Perreten, assesseurs  
Greffière : Mme Lopez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par l'Association pour la  
permanence de défense des patients et assurés, à Genève,

et

**B.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 6 LPGA ; art. 67 al. 1 et 72 al. 2 LAMal**

**E n f a i t :**

**A.** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été employé en qualité de monteur électricien du 1<sup>er</sup> février au 31 décembre 2019 pour le compte de X.\_\_\_\_\_ SA. A ce titre, il était assuré auprès de B.\_\_\_\_\_ (ci-après : B.\_\_\_\_\_ ou l'intimée) pour la perte de gain maladie, par le biais d'un contrat collectif de son employeur. Il a été assuré auprès du même assureur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 à titre individuel.

Le 27 août 2019, l'employeur a annoncé à B.\_\_\_\_\_ que son employé était en incapacité de travail depuis le 23 août 2019.

Dans un rapport du 23 septembre 2019, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assuré, a posé comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail une « coxalgie droite sur lésion articulaire en cours de bilan = aspect ostéophyte intraarticulaire avec souffrance du cotyle » depuis le 20 mai 2019. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) avait révélé un œdème du cotyle. Une opération, qui était possible, était à évaluer. Comme limitations fonctionnelles, ce médecin a indiqué l'arrêt des efforts, de la station debout et des flexions. L'incapacité de travail attestée était de 100 % du 23 août au 3 novembre 2019, et une reprise du travail à 50 % était possible un mois plus tard dans une activité plus adaptée, soit un travail de bureau.

Dans un rapport du 19 octobre 2019, le Dr S.\_\_\_\_\_ a fait état d'une souffrance articulaire au niveau de la hanche droite sur probable ostéophyte intra-articulaire, provoquant des douleurs en charge (debout) ou à la marche. Il n'y avait pas de réelle limitation, mais une baisse de l'activité était indispensable à la guérison. Il a confirmé l'incapacité de travail de 100 % jusqu'au 3 novembre 2019, en précisant que la date de reprise n'était pas encore déterminée. Le patient était capable d'exercer une activité plus adaptée à son état de santé, soit une activité permettant de rester assis, avec peu de marche ou de station debout.

B.\_\_\_\_\_ a informé l'assuré le 24 février 2020 de la mise en œuvre d'une expertise auprès du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin praticien, qui aurait lieu le 4 mars 2020.

Dans son rapport du 4 mars 2020, faisant suite à l'examen du même jour, le Dr F.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic incapacitant de coxalgie droite sur œdème osseux du toit du cotyle, sans coxarthrose associée. Il a notamment indiqué ce qui suit :

« Monsieur J.\_\_\_\_\_, électricien de [...] ans, est en IT [incapacité de travail] depuis le 23.08.2019 pour une douleur mécanique de la hanche D [droite]. L'imagerie (scanner, IRM et scintigraphie) est en faveur d'un petit œdème osseux stable sur la durée sans autre anomalie, notamment sans arthrose associée. Un orthopédiste ainsi qu'un rhumatologue ont été consultés, ces spécialistes ne retiennent aucune indication chirurgicale, ni de prise en charge par physiothérapie. Seul un traitement médical a été instauré avec le repos. L'assuré présente une obésité stade II (BMI de 34), il a commencé à perdre quelques kg. L'examen de ce jour est dans la norme, il n'y a pas de limitation ce jour, mais l'assuré allègue des douleurs à la marche ou la station debout prolongées. Une nouvelle IRM doit être réalisée prochainement avec un nouveau rdv chez un rhumatologue. Sur la dernière IRM (non en notre possession), l'œdème serait en régression. L'IT actuelle est de 6 mois déjà, l'obésité est le principal facteur de risque sur cet œdème du cotyle mais aussi l'AH [activité habituelle] qui est lourde (port de charges et positions vicieuses), une RT [reprise du travail] risque d'aggraver cette atteinte et de développer plus tard une coxarthrose chez ce jeune assuré. Une AA [activité adaptée] plus sédentaire doit être privilégiée dès à présent. »

Le Dr F.\_\_\_\_\_ a retenu que l'activité habituelle n'était plus exigible et que l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans cette activité. La capacité de travail était entière dès le jour de l'examen dans une activité adaptée, soit une activité d'épargne de la hanche respectant les limitations fonctionnelles suivantes : limiter la marche ou la station debout prolongées, éviter les échelles et échafaudages, alterner les positions assise et debout, et limiter les positions accroupies et à genoux. Il a ajouté qu'une activité plus sédentaire en bureau serait adaptée et que l'assuré avait déjà anticipé cette possibilité, en débutant une formation de développeur en informatique.

Il ressort d'un avis du 18 mars 2020 que le médecin-conseil de B.\_\_\_\_\_ a adhéré à l'appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_ sur les limitations

fonctionnelles, sur l'inexigibilité de l'activité habituelle et sur la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

Par décision du 24 mars 2020, B.\_\_\_\_\_ a communiqué à l'assuré qu'un changement d'activité était exigible, moyennant un délai suffisant pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé, et qu'il serait ainsi mis fin au versement des indemnités journalières dès le 30 juin 2020, l'assuré ne subissant aucune perte de gain dans une activité adaptée dès cette date.

Par courrier du 4 avril 2020, l'assuré a fait opposition à cette décision, en faisant valoir qu'il ne voulait pas changer de métier et qu'il lui serait possible de reprendre son activité habituelle dès qu'il serait guéri. Il a indiqué avoir été orienté par son médecin traitant vers différents spécialistes (rhumatologue et chirurgien) et avoir effectué toutes sortes d'examens (radiographie, scintigraphie, IRM et scanners), qui avaient permis d'écartier l'hypothèse d'une tumeur au profit de celle d'un œdème au niveau du bassin. Il a précisé qu'une opération était possible, mais que son rhumatologue préférait attendre car l'œdème pouvait se résorber de lui-même avec du repos. Il a annoncé qu'il devait consulter d'autres spécialistes et faire une nouvelle IRM, mais que ces examens avaient été annulés en raison de la pandémie de Coronavirus. Il a ajouté suivre un plan nutritionnel depuis janvier 2020 dans le but d'améliorer le processus de guérison.

Le 22 avril 2020, l'assuré a complété son opposition en produisant un rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ du 22 avril 2020 faisant état d'une amélioration lente, mais favorable de la symptomatologie. Son état de santé n'était pas consolidé. Il était dans l'attente d'un rendez-vous pour une nouvelle IRM et pour un double avis spécialisé « rhumatologue et chirurgien orthopédique ».

Dans une prise de position du 16 mai 2020, le médecin-conseil de B.\_\_\_\_\_ a noté une discordance entre les troubles cliniques et paracliniques chez un assuré qui ne présentait aucune limitation

fonctionnelle articulaire, en particulier de la hanche. Il était d'avis que la décision du 24 mars 2020 relative à la capacité (réd.: de travail dans une activité) adaptée était justifiée et devait être maintenue dans l'attente de faits nouveaux.

Dans un nouvel avis médical du 3 juin 2020, le médecin-conseil de B.\_\_\_\_\_ a estimé que selon le degré de vraisemblance prépondérante, l'évolution vers un trouble dégénératif de l'articulation de la hanche était quasi certaine. Il a précisé que l'apparition de l'arthrose pouvait varier dans le temps en fonction du sujet et de son activité professionnelle et qu'il était évident qu'une activité professionnelle épargnant la hanche concernée retarderait l'apparition de ce trouble. Il a considéré qu'une telle profession adaptée était justifiée et qu'une nouvelle expertise n'était pas nécessaire.

Dans un courriel du 8 juin 2020, l'assuré a informé B.\_\_\_\_\_ qu'une IRM était prévue le 30 juin 2020 et qu'il avait rendez-vous auprès de spécialistes les 2 et 7 juillet 2020.

Dans un courrier électronique du 8 juillet 2020 à B.\_\_\_\_\_, il a notamment indiqué qu'il avait consulté un chirurgien spécialiste de la hanche, que son problème de santé était guérissable et qu'il pourrait reprendre son travail par la suite. Il a en outre émis les reproches suivants à l'égard de l'examen pratiqué par le Dr F.\_\_\_\_\_ en mars 2020 (sic) :

« 5 Min après mon arrivée avant même d'avoir vu mes examens ou de m'osculter ses premiers mots ont été de me dire « ca fait 6 mois que vous êtes arrêté il va falloir reprendre le travail maintenant ». Après lui avoir dit que j'avais encore des douleurs à la jambe il me conseil alors « de changer de métier ». Je lui signifie également que j'ai encore un IRM prévu au mois d'avril et que je dois voir 2 spécialistes. Sa réponse fut : « ca ne sert à rien vous en avez déjà vu assez » Je lui réponds que si peut-être une opération est possible j'aimerais voir un autre avis. Sa réponse : « Ce n'est pas assez grave ce que vous avez PERSONNE ne voudra vous opérer pour si peu... » -Boiter à 37ans je n'appel pas ça si peu... Et il m'a mis gentiment à la porte de son cabinet en me disant qu'il allait voir ce qu'il allait mettre dans son dossier.»

Par e-mail du 21 juillet 2020, l'assuré a transmis à B. \_\_\_\_\_ un rapport du Dr L. \_\_\_\_\_, du service de chirurgie orthopédie traumatologie du R. \_\_\_\_\_ daté du 15 juillet 2020. Il ressort de ce rapport qu'à l'examen clinique par ce praticien, il existait une douleur inguinale et une boiterie légère, ainsi que des douleurs en flexion-rotation interne de hanche, ces douleurs étant augmentées par l'effort et ne permettant pas la reprise du travail. La dernière IRM réalisée mettait en évidence un œdème très limité du toit du cotyle avec une image pouvant correspondre à un kyste synovial. Un arthroscanner était prévu en vue d'un bilan plus précis du cartilage et du bourrelet. A l'occasion de cet examen, une infiltration anesthésique serait également réalisée afin d'avoir un test diagnostique.

Par courriel du 30 juillet 2020, l'assuré a transmis à B. \_\_\_\_\_ un rapport d'arthroscanner de la hanche droite réalisé le 29 juillet 2020. Dans ce rapport, le Dr D. \_\_\_\_\_, radiologue au C. \_\_\_\_\_, a retenu un foyer de chondrolyse antéro-supérieur associé à des signes compatibles avec un conflit par effet « CAME », sans lésion du labrum et sans lésion du cartilage céphalique, et a précisé qu'un avis chirurgical pour étudier la possibilité d'une intervention était prévu le 12 août 2020. Il ressort en outre de ce rapport qu'une infiltration cortisonée avait été réalisée le jour-même à but de test antalgique.

Dans un courriel du 10 août 2020, l'assuré a notamment informé B. \_\_\_\_\_ que sa demande d'inscription à Pôle emploi avait été refusée en raison de son incapacité de travail et que, sur conseil de son médecin traitant, il devait attendre de se faire opérer avant de reprendre un travail au risque d'aggraver son problème de santé.

Le 10 août 2020, après examen du courriel du 8 juillet 2020 de l'assuré et du rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 15 juillet 2020, le médecin-conseil de B. \_\_\_\_\_ a estimé que ce rapport médical retenait le même diagnostic que celui du Dr F. \_\_\_\_\_, et que l'assuré n'apportait pas d'éléments nouveaux.

Dans un avis du 17 août 2020 (dont la fin n'est pas lisible), le médecin-conseil de B.\_\_\_\_\_ a notamment indiqué que le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 29 juillet 2020 confirmait l'existence d'un réel problème de hanche droite et que la décision du 24 mars 2020, basée sur la capacité de travail de 100 % dans une profession adaptée, restait valable et justifiée, en précisant qu'une opération de la hanche droite ne changerait probablement pas cette décision.

Par décision sur opposition du 13 octobre 2020, B.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 24 mars 2020. Elle a indiqué que tant l'expert que les médecins-conseils s'accordaient sur le fait que l'activité habituelle n'était plus adaptée et qu'une reprise serait vraisemblablement à l'origine d'une aggravation de l'état de santé, en précisant que cette appréciation n'était pas remise en question par les médecins traitants consultés par l'assuré. Elle a également relevé que l'assuré semblait avoir déjà anticipé un changement de profession, en débutant une formation de développeur informatique, contrairement à ce qu'il affirmait dans son opposition. Une éventuelle opération de l'assuré ne justifiait pas la poursuite du versement d'indemnités journalières au-delà du 30 juin 2020, puisqu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Enfin, l'assuré n'apportait aucune pièce médicale pour étayer ses allégations sur les compétences de l'expert. En définitive, aucun avis médical versé au dossier ne mettait sérieusement en doute les conclusions de l'expert concernant l'évaluation de la capacité de travail dans la profession habituelle et dans une profession adaptée.

**B.** Par acte de son mandataire du 13 novembre 2020, J.\_\_\_\_\_, représenté par l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens que l'intimée continue à lui verser les indemnités journalières dues en fonction de son taux d'incapacité de travail, jusqu'au terme des mesures médicales et thérapeutiques nécessaires pour qu'il conserve sa capacité de travail dans son activité habituelle. Le recourant remet en cause l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_, motif pris que ce dernier n'est pas un

spécialiste, qu'il exerce en France, qu'il l'a vu trop peu de temps et qu'il a rédigé son rapport le jour de l'examen. Il lui reproche également d'avoir tenu des propos laissant douter de son impartialité, d'avoir retenu à tort que les spécialistes consultés n'auraient pas suggéré d'indications chirurgicales et de ne pas s'être expressément déterminé sur les possibilités de maintien de la capacité de travail dans l'activité habituelle après opération. Il estime que l'expertise en question n'est pas convaincante dans son résultat, et qu'il y a lieu de suivre les conclusions du rapport du 4 novembre 2020 du Dr T.\_\_\_\_\_, orthopédiste à la clinique H.\_\_\_\_\_. Il soutient ainsi que sa capacité de travail dans son activité habituelle aurait pu être conservée avec une probabilité de 80 %, et que l'intimée ne pouvait dès lors exiger de sa part un changement de profession, puisqu'il n'aurait présenté qu'une incapacité de travail *provisoire* dans son activité habituelle d'électricien, laquelle avait duré du fait de la situation pandémique, qui avait empêché une prise en charge plus rapide par un spécialiste de la hanche. Le recourant a produit un onglet de pièces sous bordereau, dans lequel figure le rapport du 4 novembre 2020 du Dr T.\_\_\_\_\_ en réponse au conseil du recourant, dont la teneur est la suivante (sic) :

« Je retiens un diagnostic de conflit de hanche par effet mixte : came fémorale à 80° et hyper-couverture acétabulaire latérale avec inversion de l'angle de tonnis de la hanche droite.

A la question 2 et 3 : tout n'a pas été mis en œuvre pour essayer de stabiliser l'état de santé du patient : une chirurgie arthroscopique de correction de ce conflit fémoro-acétabulaire à plus 80 % de chance de succès d'améliorer le patient et de lui redonner ses possibilités de maintien de son travail actuel.

Question 4 : les limitations actuelles de Mr J.\_\_\_\_\_ sont liées à ce conflit qui rend une position douloureuse de flexion de hanche et invalidant désormais la position debout prolongée ou la marche prolongée. Par ailleurs, les amplitudes articulaires sont limitées.

Question 5 : il y a bien entendu une diminution de rendement liée à des douleurs désormais chroniques d'efforts modérément prolongés avec une capacité de travail nécessitant une activité en position assise haute.

Concernant la décision sur opposition du B.\_\_\_\_\_ du 13/10/2020 j'estime que cette décision n'a pas fait état de possibilités de chirurgies conservatrices de la hanche : devant les fortes anomalies osseuses de la hanche de Mr J.\_\_\_\_\_ expliquant tout à fait ce symptôme et étant accessible à un traitement arthroscopique, tout n'a pas été pris en compte pour essayer de guérir Mr J.\_\_\_\_\_ de sa pathologie actuelle qui nous amène à la question 7 l'état de santé

de notre patient n'est pas stabilisé car une réelle possibilité thérapeutique existe. Celle-ci doit donc être réalisée avec des suites de prise en charge correct pour espérer un bon résultat permettant une consolidation avec reprise de sa profession actuelle d'électricien. »

A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pour le cas où la Cour des assurances sociales estimerait que le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 4 novembre 2020 ne serait pas suffisant, ainsi que son audition. Il a également requis que l'intimée transmette les avis de son médecin-conseil des 3 juin, 10 août et 17 août 2020.

Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> février 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a produit un onglet de pièces sous bordereau, comportant en particulier les avis de son médecin-conseil des 3 juin, 10 août et 17 août 2020.

En réplique, le 24 mars 2021, le recourant a de nouveau fait grief à l'intimée de ne pas s'être prononcée sur la question de savoir s'il pouvait bénéficier de mesures thérapeutiques, afin d'améliorer son état de santé, et ainsi conserver sa capacité de travail dans son activité habituelle. Il lui reproche en particulier de ne pas avoir soumis le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ à son médecin-conseil, et de ne pas se déterminer sur les effets escomptés d'une arthroscopie de la hanche. Il a produit avec cette écriture un nouvel onglet de pièces, comportant :

- Un compte rendu opératoire selon lequel il a subi, le 28 janvier 2021, une arthroscopie de la hanche droite pour résection labrale partielle, acétabuloplastie et ostéoplastie de la came fémorale ;
- Un rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 11 mars 2021, selon lequel une chirurgie arthroscopique du conflit dans de telles conditions donne 80 % de bons résultats avec la reprise des activités professionnelles physiques et sportives.

Par duplique du 26 avril 2021, l'intimée a maintenu sa position.

**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, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie selon les art. 67 ss LAMal au-delà du 30 juin 2020.

**3. 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 indemnités journalières avec un assureur.

L'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal est une assurance de perte de gain. Le droit à une indemnité journalière est donc subordonné à ce que l'ayant droit subisse une perte de salaire ou de gain effective en raison d'une atteinte à la santé due à une maladie (TF 9C\_131/2020 du 5 février 2021 consid. 3.2 et les références).

**b)** 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 (art. 6 LPGGA).

Selon l'art. 6 LPGGA, 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.

Selon la jurisprudence, le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage ; ATF 129 V 460 consid. 4.2 et 114 V 281 consid. 1d). Ce principe a été codifié à l'art. 6, deuxième phrase, LPGGA, qui prévoit qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité raisonnablement exigible peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En ce sens, l'assurance d'indemnités journalières n'assure l'incapacité de travail que dans les limites posées par l'obligation de diminuer le dommage (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3<sup>e</sup> éd., Bâle 2016, n° 1461, p. 841-842).

Dans l'hypothèse où un assuré, en vertu de son obligation de diminuer le dommage, doit s'astreindre à changer de profession, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat – pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'à présent est due – pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi (cf. art. 21 al. 4 LPGGA). 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 (TF 9C\_546/2007 du 28 août 2007 consid. 3.4 et les références).

**c)** La loi ne définit pas la notion de « longue durée » que doit revêtir l'incapacité de travail pour qu'un changement de profession ou d'activité puisse entrer en considération. Selon les travaux préparatoires, cette notion doit se comprendre comme voulant dire « en règle générale plus de six mois ». Pour interpréter cette notion, il convient toutefois, plutôt que de fixer une durée déterminée, de distinguer la situation selon qu'il apparaît ou non hautement probable que la personne assurée recouvrira sa capacité de travail dans la profession ou l'activité habituelle. Une incapacité de travail de longue durée ne saurait être retenue tant et aussi longtemps qu'il est possible d'émettre le pronostic, au regard des données médicales au dossier, que la personne assurée reprendra son activité antérieure, selon la vraisemblance prépondérante, de manière à mettre fin au droit aux prestations de l'assurance sociale (indemnités journalières ou rente). Dans de telles circonstances, il n'existe pas de limite temporelle absolue pour la reconnaissance de l'incapacité de travail dans la profession habituelle. La situation est en revanche différente dès qu'il apparaît clairement, toujours en fonction des constatations médicales à disposition, que la personne assurée ne sera plus en mesure de récupérer sa capacité de travail dans la profession habituelle. Dès ce moment, et à condition que l'intéressé soit en mesure du point de vue médical de se réinsérer sur le plan professionnel, l'incapacité de travail déterminante pour le droit aux prestations doit être évaluée en fonction d'une autre activité lucrative exigible (Margit Moser-Szeless, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 34 à 36 ad art. 6 et les références).

**d)** A teneur de l'art. 7 al. 1 des Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal (BEGM02-F11 - Edition 01.01.2011 ; ci-après : CGA 2011), l'indemnité journalière est versée pour une ou plusieurs incapacités de travail durant 730 jours dans une période de 900 jours. Selon l'art. 13 al. 1, 1<sup>re</sup> phrase, des mêmes conditions générales, l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25 %. Quant à l'art. 11, 1<sup>er</sup> paragraphe, des Dispositions complémentaires et dérogatoires aux CGA 2011 de

l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal, il prévoit qu'en dérogation à l'art. 11 des CGA 2011, si l'assuré interrompt son activité chez son employeur et que le droit aux indemnités est acquis, ce droit subsiste entièrement pendant les quatorze jours qui suivent la date d'interruption ; au-delà de cette période, le travailleur n'est plus assuré à titre collectif ; il sera alors transféré dans l'assurance individuelle s'il est toujours malade.

**4. a)** 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).

**b)** En principe, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). 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 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1 et les références).

**5.** Dans la procédure en matière d'assurances sociales, l'expertise est un acte procédural effectué en réponse à une sollicitation particulière d'un assureur par un tiers spécialiste, choisi en fonction de ses compétences et de sa réputation d'excellence dans le domaine considéré. La personne appelée à œuvrer en qualité d'expert doit disposer, outre l'indépendance expressément mentionnée à l'art. 44 LPGA, d'un certain nombre de qualités personnelles et professionnelles. L'expertise doit être réalisée personnellement par le spécialiste désigné, lequel doit être compétent et impartial. A cet égard, l'expert doit éviter tout fait ou comportement pouvant susciter un doute quant à son impartialité, qui revêt trois composantes distinctes : l'indépendance, l'objectivité et la neutralité. L'expert ne doit ainsi pas se trouver dans la sphère d'influence des parties. Un rapport de dépendance (morale, économique ou financière) ou des liens particuliers (personnels, matériels ou idéaux) entre l'expert et l'une des parties peuvent, selon leur nature ou leur intensité, fonder un soupçon suffisant pour justifier les appréhensions de l'autre partie quant à l'impartialité de l'expert. L'expert doit également procéder à un examen objectif de la situation et rapporter les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée. L'opinion émise par l'expert doit être factuelle et fondée sur des principes scientifiques généralement acceptés et conformes aux données actuelles de la science. L'expert doit enfin adopter, en toutes circonstances, un comportement neutre et une attitude courtoise et respectueuse à l'égard des parties. Il ne doit pas utiliser des paroles ou des gestes susceptibles d'exprimer de la sympathie ou de la bienveillance à l'égard d'une partie, ou, au contraire, de

l'indifférence ou de l'exaspération (Jacques-Olivier Piguet, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], op.cit., n° 10 ad art. 44).

**6. a)** L'intimée fonde sa décision sur l'appréciation de l'état de santé de l'assuré qu'a faite le Dr F.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 4 mars 2020. Il est d'avis que le recourant est capable de travailler à 100 % dès le jour de l'expertise (soit le 4 mars 2020), dans une activité adaptée, à savoir une activité d'épargne de la hanche (limiter la marche ou la station debout prolongées, éviter les échelles et échafaudages, alterner les positions assise et debout, limiter les positions accroupies et à genoux). Quant à l'activité habituelle d'électricien, elle n'est plus exigible.

Pour sa part, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_, et soutient qu'il pourrait récupérer sa capacité de travail dans son activité habituelle de monteur électricien, en se prévalant des rapports du Dr T.\_\_\_\_\_ des 4 novembre 2020 et 11 mars 2021.

**b)** En l'espèce, l'appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_ n'est pas sérieusement contredite par celle du Dr T.\_\_\_\_\_

En premier lieu, les médecins consultés s'accordent tous sur le fait que le recourant présente une atteinte au niveau de la hanche droite. Le Dr F.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic incapacitant de coxalgie droite sur œdème osseux du toit du cotyle sans coxarthrose associée. Dans son rapport du 15 juillet 2020, le Dr L.\_\_\_\_\_ relève également que l'IRM dernièrement réalisée a mis en évidence un œdème très limité du toit du cotyle, rejoignant ainsi l'appréciation diagnostique du Dr L.\_\_\_\_\_ (cf. également l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée du 10 août 2020). Pour sa part, le Dr T.\_\_\_\_\_ fait état d'un « conflit de hanche par effet mixte » dans son rapport du 4 novembre 2020.

Le Dr F.\_\_\_\_\_ retient que l'activité habituelle n'est pas exigible et il liste les limitations fonctionnelles liées à l'atteinte de la hanche droite. Il explique que le risque d'aggravation en cas de reprise de

l'activité habituelle est bien réel compte tenu des mouvements et ports de charges inhérents à la profession d'électricien. En revanche, dans une activité adaptée, soit toute activité d'épargne de la hanche, la capacité de travail est entière dès le jour même de l'examen. Il ressort du rapport d'expertise que le Dr F.\_\_\_\_\_ a pris connaissance de l'ensemble des pièces médicales du dossier de l'assurance, qu'il a procédé à l'examen clinique du recourant, qu'il a pris en compte ses plaintes et qu'il a recueilli une anamnèse personnelle, familiale et professionnelle. Ce rapport contient en outre une appréciation claire de la situation et ses conclusions sont motivées et exemptes de contradictions. Il remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Sur cette base, l'intimée était dès lors fondée à retenir que le recourant a présenté une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 4 mars 2020.

En outre, aucun élément ne vient remettre en cause l'appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_ relative à la capacité de travail du recourant.

Les reproches émis par le recourant à l'encontre de l'expertise ne sont pas de nature à modifier l'appréciation qui précède. Concernant la remarque selon laquelle le Dr F.\_\_\_\_\_ exerce en France, on relèvera que ses titres, certes obtenus en France, ont été reconnus en Suisse. Ensuite, le fait qu'il ne soit pas spécialiste ne permet pas d'exclure d'emblée son avis, en l'absence d'appréciation de spécialistes de nature à le remettre en cause. Quant à l'argument tiré du fait que l'expert aurait vu le recourant trop peu de temps, il n'est pas non plus déterminant. Le Tribunal fédéral considère en effet qu'un entretien de courte durée entre l'expert et l'expertisé n'exclut pas une étude fouillée et complète du cas (TF 9C\_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3 ; TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6). Ensuite, on voit mal en quoi le fait que l'expert ait rédigé son rapport le jour de l'examen puisse devoir conduire à remettre en cause son appréciation, bien au contraire, puisque l'expert a ainsi pu prendre position sur la base des examens et constatations qu'il venait de faire. Cet élément dénote aussi que l'expert s'était organisé afin de

disposer de suffisamment de temps pour le recourant le jour de l'expertise.

S'agissant des remarques que l'expert aurait formulées et qui seraient propres à remettre en cause son rapport, le recourant n'apporte pas de précision dans son acte de recours et se contente d'indiquer que l'expert a prétendu, avant même de l'examiner, qu'il devait reprendre un autre travail. Dans son courriel du 8 juillet 2020, il a aussi indiqué que l'expert lui avait dit, à l'issue de l'expertise, qu'il allait voir ce qu'il allait mettre dans son rapport, ce qui tend plutôt à confirmer que l'expert ne s'était pas encore forgé une idée définitive et que ses conclusions ont été prises en toute connaissance de cause après avoir examiné le recourant. Il convient de relever que le recourant a tardé plus de trois mois avant d'informer l'intimée, au stade de la procédure d'opposition, des commentaires qu'aurait tenus l'expert à son sujet. Compte tenu de ce laps de temps, on peut se demander si les propos retranscrits par le recourant dans son courriel du 8 juillet 2020 correspondent effectivement mot pour mot aux déclarations de l'expert. Cela étant, rien au dossier ne permet de retenir que le Dr F. \_\_\_\_\_ aurait proféré des commentaires de nature à faire douter de son impartialité et son rapport, qui est rédigé de manière neutre et précise, ne laisse transparaître aucune prévention de sa part. Pour le surplus, le rôle de l'expert n'est pas celui d'un médecin traitant ; il n'a pas pour vocation de faire des propositions thérapeutiques ou opératoires à l'expertisé, mais d'examiner sa situation et se déterminer sur les questions qui lui sont posées. A cet égard, lorsque le Dr F. \_\_\_\_\_ a examiné le recourant, près de sept mois après le début de l'incapacité de travail, aucun des médecins consultés alors ne retenait d'indication opératoire. Celle-ci n'a finalement été posée que dans le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 4 novembre 2020 et l'opération effectuée le 28 janvier 2021. Il découle de ce qui précède qu'il ne peut être fait grief à l'expert d'avoir ignoré des éléments qui auraient dû le conduire à retenir que le recourant aurait pu maintenir sa capacité de travail dans son activité habituelle d'électricien. Le Dr S. \_\_\_\_\_ n'en disconvient pas, puisqu'il a relevé, le 23 septembre 2019, que son patient pourrait exercer un « travail de bureau », et, le 19 octobre 2019, que l'activité à envisager devait

permettre au patient de « rester assis », avec « peu de marche ou de station debout ». Lors de son examen par le Dr F.\_\_\_\_\_, le recourant a lui-même exposé qu'il avait débuté une formation de développeur informatique, même s'il espérait pouvoir reprendre son activité habituelle. Quant au Dr T.\_\_\_\_\_, il a relevé, dans son rapport du 4 novembre 2020, que les limitations actuelles de son patient étaient liées à son conflit fémoro-acétabulaire, qui rendait douloureuse une position de flexion de hanche et « invalidait » ainsi la position debout prolongée ou la marche prolongée, ajoutant que les amplitudes articulaires étaient également limitées. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a noté que la capacité de travail nécessitait une activité en position assise haute. Ainsi, huit mois après l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_, le Dr T.\_\_\_\_\_ constate finalement également que l'activité habituelle n'est plus adaptée, rejoignant l'appréciation de l'expert selon laquelle une activité d'épargne de la hanche est indiquée, avec limitation de la marche et de la station debout prolongées, sans échelles ni échafaudages, avec alternance des positions assise et debout et avec limitation des positions accroupies et à genoux. Certes, le Dr T.\_\_\_\_\_ a ensuite opéré l'assuré. Toutefois, il se contente dans son avis du 11 mars 2021 de considérations générales sur les résultats de la chirurgie effectuée, estimant qu'elle donne 80 % de bons résultats avec reprise des activités professionnelles physiques et sportives. Il n'indique cependant pas ce qu'il en est concrètement du recourant lui-même.

Cela étant, et surtout, il y a lieu de constater qu'au regard des données médicales au dossier, le pronostic que le recourant puisse reprendre son activité antérieure ne pouvait être émis au stade de la vraisemblance prépondérante. On ne saurait dès lors faire grief à l'intimée d'avoir fixé la fin du droit aux indemnités journalières au 30 juin 2020, par décision du 24 mars 2020, et laissé ce délai au recourant pour s'adapter aux conditions liées au changement d'activité et pour trouver un nouvel emploi adéquat. Cette appréciation n'est pas remise en cause par l'argument du recourant selon lequel la durée de son incapacité de travail serait due à la crise du Covid-19, qui l'aurait empêché de voir un spécialiste de la hanche plus tôt, lequel aurait pu poser une indication opératoire dans un délai bien plus court. En effet, comme indiqué dans le

paragraphe précédent, l'inexigibilité de l'activité habituelle retenue par le Dr F. \_\_\_\_\_ s'est confirmée par la suite, au vu notamment du rapport établi par le Dr L. \_\_\_\_\_ en juillet 2020 et des limitations fonctionnelles constatées par le Dr T. \_\_\_\_\_ en novembre 2020, ce qui dénote que la répercussion de l'état de santé du recourant sur sa capacité de travail était déjà fixée en mars 2020, indépendamment des problèmes que le recourant a pu rencontrer en lien avec le Covid-19. Enfin, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il affirme que l'intimée a mal investigué le dossier en n'interrogeant pas l'expert sur les possibilités de maintien de la capacité de travail dans l'activité habituelle après l'opération. A la date de la décision sur opposition, aucune pièce médicale ne parlait en faveur d'une intervention chirurgicale et le médecin-conseil de l'intimée avait retenu qu'une capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle ne pouvait pas être rétablie.

**7. a)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 8C\_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1).

**b)** En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par son audition et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. De telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée.

**8. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 13 octobre 2020 par B.\_\_\_\_\_ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Association pour la permanence de défense des patients et assurés (pour le recourant),
- B. \_\_\_\_\_,
- 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 :