

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 août 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Neu, juge et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A.I. _____, c/o B.I. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Nicolas Roud, avocat à Lausanne,

et

M. _____ **ASSURANCE MALADIE SA**, à Martigny, intimée.

Art. 6 et 61 let. c LPGA ; 67 al. 1 et 72 al. 2 LAMal

E n f a i t :

A. A.I. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en qualité de poseur de fenêtres, depuis le mois de mai 2018, pour le compte de la société F. _____ SA à [...]. L'employeur, en sa qualité de membre de la Fédération vaudoise des entrepreneurs, est assuré dans l'indemnité journalière collective auprès de M. _____ Assurance Maladie SA (ci-après : M. _____ ou l'intimée).

Le 7 mars 2020, en descendant les escaliers, l'assuré a glissé et s'est tapé le genou droit. Il en est résulté une incapacité de travail totale dès cette date.

Le 9 mars 2020, l'assuré a consulté le Dr W. _____, médecin généraliste, qui a constaté qu'il n'y avait pas d'épanchement intra-articulaire, pas d'instabilité, pas de douleur à la palpation rotulienne, pas de contusion costale gauche, pas de rupture du LCA (ligament croisé antérieur), et pas de suspicion de lésion méniscale. En l'absence de bilan radiologique, ce médecin a posé le diagnostic d'entorse du genou droit (LLI [ligament latéral interne] de grade I).

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris le cas en charge.

Un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou droit du 18 mars 2020 réalisée par le Dr V. _____, radiologue, a mis en évidence une « contusion marginale du plateau tibial interne. Contusion voire déchirure partielle du faisceau profond à son insertion fémorale du LLI [ligament latéral interne]. Minime contusion de l'aileron rotulien médial à son insertion rotulienne ».

Dans un rapport du 1^{er} juillet 2020 adressé au Dr J. _____, médecin généraliste traitant, le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté, malgré la physiothérapie avec une petite amélioration, des douleurs sur le

versant interne du genou, antérieures ainsi que latérales persistantes. En présence d'une palpation de tout le genou légèrement douloureuse avec un signe méniscal interne « +++ », externe négatif, et sans instabilité ligamentaire, ce médecin a diagnostiqué une déchirure méniscale interne de type de rampe genou droit. Il relevait que l'assuré présentait une réaction sudéckoïde. Le traitement conservateur se poursuivait avec une arthroscopie et suture méniscale interne prévue en cas de persistance des douleurs lors du prochain contrôle au début du mois d'août 2020.

Le 2 octobre 2020, la CNA a informé l'assuré que, selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, les troubles qui persistaient actuellement n'avaient plus aucun lien avec l'accident, si bien qu'elle allait clore le cas au 4 octobre 2020 et mettre fin aux prestations d'assurance à cette même date.

Le 9 novembre 2020, un inspecteur de M. _____ a rencontré l'assuré. A cette occasion, l'assuré a expliqué qu'il ne prenait pas de médicaments, qu'il suivait un traitement de physiothérapie deux fois par semaine, et qu'il aurait un manque de force au genou et à la jambe droites. Selon ses dires, les douleurs moyennes étaient localisées sur le devant du genou et sur la face externe, comme des piques, et plus fortes après un effort. Son genou n'était pas toujours stable et l'assuré pouvait marcher sans canne avec une légère boîtille pendant environ deux - trois kilomètres, la montée des escaliers était aussi douloureuse.

Le 2 décembre 2020, M. _____ a mandaté le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour qu'il effectue une expertise de l'assuré.

Le 14 décembre 2020, l'assuré, à la requête de M. _____, a déposé une demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente) auprès de l'assurance-invalidité.

Dans son rapport du 11 janvier 2021, faisant suite à un examen clinique de l'assuré le 18 décembre 2020, et après avoir fait

réaliser une IRM de contrôle du genou droit le 22 décembre 2020, le Dr K. _____ a posé les diagnostics de gonalgies persistantes à droite (status après probable entorse du LLI [ligament latéral interne] du genou droit le 7 mars 2020, status après probable contusion osseuse marginale du plateau tibial interne, associée à une déchirure du faisceau profond du LLI à son insertion fémorale et minime contusion de l'aileron rotulien médian [IRM du 18 mars 2020], status après arthroscopie diagnostique du genou droit le 14 août 2020, œdème osseux latéral du condyle fémoral interne d'origine indéterminée [IRM du 22 décembre 2020]) et de tabagisme chronique. Ce rapport contient l'appréciation suivante de la situation :

"APPRECIATION DU CAS

M. A.I. _____ est actuellement âgé de 39 ans. Il n'a pas eu de formation professionnelle particulière. Il travaille en Suisse depuis 2013.

Depuis mai 2018, il travaille en tant que poseur de fenêtres.

Le 07.03.2020, il a eu un traumatisme au genou droit. L'examen IRM a montré une déchirure partielle du faisceau profond du LLI [ligament latéral interne] à son insertion fémorale, associée à une image d'œdème osseux compatible avec une contusion osseuse marginale du plateau tibial interne.

Les douleurs ont persisté malgré un traitement conservateur. Le 14.08.2020, le Dr H. _____ a effectué une arthroscopie du genou droit. Cette arthroscopie a montré qu'il n'y avait pas de lésion des ligaments croisés ni des ménisques ni du cartilage.

Les gonalgies ont persisté malgré un traitement de physiothérapie.

Un nouveau examen par IRM du genou droit a été effectué le 22.12.2020. Il a montré que l'image d'œdème osseux du plateau tibial interne a disparu. Apparition d'une image d'œdème osseux hors zone de charge du condyle fémoral interne, d'origine indéterminée.

Cet œdème osseux ne peut pas être dû à l'événement de mars 2020, l'origine n'a pas été établie. A mon avis, un statu quo sine peut être établi 6 mois après l'événement en cause.

REPONSES AU QUESTIONNAIRE DE M. _____ ASSURANCES

1. Etat de la documentation à disposition ?

Rapport d'IRM du 18.03.2020.

Rapport de la consultation du 09.03.2020 à la Permanence de [...].

Rapport d'arthroscopie, signé par le Dr H. _____.

Rapports des consultations du Dr H. _____.

IRM du 22.12.2020.

2. Anamnèse personnelle, de santé et professionnelle ?

Voir précédent.

3. Description par l'expertisé ?

3.1 De son poste de travail

L'assuré travaille comme poseur de fenêtres. Ce travail s'effectue uniquement en position debout. Il implique le port de charges lourdes et parfois de travailler en position accroupie ou à genou.

3.2 Des activités occupationnel[le]s durant l'incapacité de travail

Il est resté principalement chez lui.

3.3 De ses plaintes/troubles

Malgré le traitement conservateur, les douleurs ont persisté.

4. Constatations objectives ?

4.1 Examen clinique

Voir précédent.

4.2 Examen paraclinique

Voir précédent.

4.3 Consultation spécialisée

Rapports des consultations du Dr H. _____.

5. Les troubles rapportés par l'expertisé sont-ils concordants avec les résultats de l'examen clinique et paraclinique ainsi que la documentation à votre disposition ? Dans la négative, motiver la réponse ?

L'assuré se plaint essentiellement de douleurs. L'examen clinique est rassurant.

L'examen par IRM de décembre 2020 a montré que l'image d'œdème osseux du plateau tibial interne, visualisée à la première IRM le 18.03.2020, a disparu. Apparition d'une image d'œdème osseux du condyle fémoral interne d'origine indéterminée.

6. Diagnostic :

Voir précédent.

7. Une reprise du travail est-elle exigible ?

7.1 Dans l'activité habituelle ? Si oui, à partir de quand et à quel taux ?

En raison de la persistance des gonalgies, l'assuré ne peut pas exercer son métier habituel de poseur de fenêtres car ce métier ne respecte pas les limitations fonctionnelles dues à l'état [actuel] du genou droit.

7.2 Dans une activité adaptée à l'état de santé ? Si oui, à partir de quand ? Et à quel taux ?

L'assuré est désormais apte à exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire.

Il devrait éviter :

- de marcher en terrain irrégulier,
- de monter ou descendre à répétition les pentes ou les escaliers,
- les métiers impliquant d'être accroupi ou à genou.
- Le port de charges de plus de 15Kg.

8. Activité adaptée ?

8.1 Si un changement de profession s'avère nécessaire, quels critères médicaux doit satisfaire l'activité ?
Il doit respecter les limitations fonctionnelles préalablement décrites.

8.2 Quelles activités professionnelles concrètes pourraient être considérées comme étant adaptées ?
Magasinier, par exemple.

9. Options thérapeutiques éventuelles susceptibles d'améliorer notablement la capacité de travail, leur exibilité ?
Poursuite du traitement conservateur sous forme de séances de physiothérapie.

10. Obligation de collaborer.
L'assuré a parfaitement collaboré à cet examen."

Selon les conclusions de l'IRM du genou droit du 22 décembre 2020, l'image d'œdème osseux du plateau tibial interne avait disparu. Il n'y avait pas de lésion méniscale, ni ligamentaire mais un discret hyper signal à l'insertion proximale du LLI (ligament latéral interne) ainsi qu'un œdème osseux du condyle fémoral interne en dehors de la zone de charge située à la face latérale et antérieure du condyle fémoral interne, d'origine indéterminée.

Par décision du 24 février 2021, M._____ a fait savoir à l'assuré qu'elle mettrait un terme à ses versements dès le 1^{er} juin 2021, dès lors qu'il présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (pas de marche en terrain irrégulier, pas de montée ni descente à répétition de pentes ou d'escaliers, pas de position accroupie ou à genoux, et pas de port de charges de plus de quinze kilos). Une indemnité journalière de transition pour le changement de poste lui était octroyée jusqu'au 31 mai 2021. Dès cette date, le taux de la perte de gain étant de 0%, les prestations cesseraient.

Le 18 mars 2021, alors représenté par Me Dario Barbosa, l'assuré s'est opposé à cette décision, en faisant valoir que sa situation médicale n'était toujours pas stabilisée. Il a soutenu que M._____ ne pouvait pas mettre un terme à ses prestations, puisqu'aucun des cas prévus par les conditions générales d'assurance (CGA) n'était réalisé.

L'assuré, par son conseil, a complété son opposition le 12 avril 2021. Il s'est prévalu d'un courriel du 8 avril 2021 de la N._____, plaidant qu'il lui était impossible de trouver une nouvelle profession, compte tenu d'une incapacité de travail de 100 % dans toutes activités. Il a répété qu'aucun des cas de figure visés à l'art. 11 al. 2 des conditions générales d'assurances (CGA) n'était réalisé. Selon le courriel d'N._____ du 8 avril 2021 à l'avocat de l'assuré, on pouvait lire que, dans le cadre des mesures d'intervention précoce mises en place par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), l'objectif de cet accompagnement de l'assuré était de pouvoir établir un bilan socio-professionnel de la situation actuelle et d'évaluer les possibilités de réinsertion professionnelle de l'intéressé, en prenant en compte son état de santé. A la suite du bilan effectué, en prenant en compte les limitations fonctionnelles de l'assuré, la réalité du marché de l'emploi ainsi que le contexte sanitaire, la mise en place d'un stage ou d'un placement en entreprise dans un emploi dit « adapté » s'avérait quasi impossible actuellement.

Par décision sur opposition du 2 juin 2021, M._____ a rejeté l'opposition de l'assuré et a confirmé sa décision du 24 février 2021.

B. Par acte du 5 juillet 2021, A.I._____, représenté par Me Jean-Nicolas Roud, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à la reprise du versement des indemnités journalières dès le 1^{er} juin 2021. En substance, il fait valoir que l'expertise du Dr K._____ contient des incohérences et imprécisions, que son état de santé ne s'est pas amélioré, la décision attaquée étant prématurée. Vu toutefois ses perspectives d'amélioration, il est également d'avis qu'il est prématuré d'exiger de sa part une réorientation professionnelle. Il estime qu'il en soit qu'il n'est pas crédible, compte tenu de l'ensemble de ses limitations fonctionnelles, qu'il puisse retrouver un emploi adapté dans un nouveau secteur d'activité, la mise en place d'un emploi de magasinier n'étant pas concrètement réalisable. A cet égard, et pour autant qu'un tel emploi

adapté existe, il soutient que ses limitations ne lui permettraient quoi qu'il en soit pas de l'exercer à 100 %. En pareil cas, il faudrait alors examiner ses perspectives de gain pour évaluer son invalidité, point sur lequel il estime que la décision attaquée n'est pas très claire. Il ajoute qu'il remplit les conditions d'octroi prévues par les conditions générales d'assurance (CGA), si bien qu'il n'y a pas lieu de poser des conditions supplémentaires, se référant à un arrêt du Tribunal fédéral 4D_7/2021 du 12 avril 2021. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise. Avec son écriture, il a produit un onglet de pièces, comprenant en particulier les éléments suivants :

- des arrêts de travail à 100 %, pour la période du 16 octobre 2020 au 30 juin 2021, établis par le Dr C._____, médecin généraliste ;

- un courriel du Dr C._____ à Me Barbosa du 12 mai 2021, selon lequel l'assuré était tombé dans les escaliers avec torsion du genou droit entraînant des douleurs, une boiterie et une incapacité de travail. Avant la date de l'accident, il était asymptotique et apte à travailler. Selon le Dr C._____, l'accident en question était la cause de l'incapacité de travail actuelle. L'IRM réalisée le 18 mars 2020 mettait en évidence une contusion marginale du plateau tibial interne, ainsi qu'une contusion voire déchirure partielle du faisceau profond à son insertion fémorale du LLI (ligament latéral interne) et une contusion de l'aileron rotulien médial à son insertion rotulienne. L'IRM du 22 décembre 2020 identifiait encore des séquelles de cet accident ;

- un rapport de la physiothérapeute R._____ du 14 octobre 2020 selon lequel l'assuré avait fait sept séances à la suite de l'arthroscopie du genou droit du 14 août 2020 (laquelle avait infirmé la déchirure méniscale), à la suite d'une chute en mars 2020 ;

- le rapport médical UE/AELE complété par le Dr J._____, qui a notamment relevé que la prise en charge était très longue avec une immobilisation en début de prise en charge, puis une arthroscopie. L'intéressé développait une crainte importante face à ses gonalgies,

limitant l'utilisation de sa jambe. Il en résultait un déconditionnement important ainsi qu'une diminution importante de la coordination du membre inférieur droit. Actuellement, il suivait un programme de physiothérapie de réentraînement qui permettait une amélioration lente. Il était noté une diminution progressive de la boiterie, la flexion bipodale puis unipodale étant meilleure et réalisable. En octobre 2020 la flexion bipodale devait se faire avec appuis et la flexion unipodale était impossible avec des tremblements importants ;

- un courrier du 17 mars 2021 de l'employeur, informant l'assuré de la fin des rapports de travail au 31 mai 2021.

Dans sa réponse du 19 octobre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours.

En réplique, le 16 novembre 2021, le recourant a maintenu sa position. L'intimée en a fait de même le 6 décembre 2021.

Le 12 janvier 2022, le recourant a réitéré sa requête d'expertise.

Le 5 septembre 2022, le recourant a produit deux rapports du DrC._____. Selon celui du 26 janvier 2022, lors de sa chute dans les escaliers en mars 2020, l'intéressé avait présenté une importante contusion du plateau tibial et fémoral interne associée à une rupture du ligament latéral interne et rotulien médial. Il subsistait une importante gonalgie avec l'incapacité de charger son genou droit, une extension douloureuse et un verrouillage du genou à chaque pas. L'assuré présentait une limitation de son périmètre de marche alors que la montée et la descente des escaliers s'effectuait avec difficulté. Il ne pouvait pas rester en position accroupie, ni porter des charges. Compte tenu de l'impossibilité pour son patient de marcher sur un terrain irrégulier, de monter et descendre des escaliers, de charger les genoux et de s'accroupir, le Dr C._____ proposait de retenir une incapacité de travail de celui-ci au taux de 40 à 50 %. Dans son rapport du 23 août 2022, le Dr

C._____ a fait état d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, compte tenu de la gonalgie affectant l'assuré.

Le 13 janvier 2023, le recourant a encore produit les pièces suivantes :

- un rapport du 6 décembre 2022 et un certificat non daté du Dr C._____ selon lequel il présentait une incapacité de travail liée aux séquelles de son accident au genou du 7 mars 2020, pour lequel il n'avait jamais récupéré sa capacité fonctionnelle ; il boîtit à la marche et était incapable de tenir un équilibre monopodal droite. L'examen du genou était difficile en raison de la douleur, d'une hyper-réactivité et d'une hyper-réflexie avec clonus. L'ensemble des examens dont des radiographies, IRM, etc., était déjà en mains de l'OAI ou de l'avocat de l'assuré. Un syndrome de Südeck paraissait probable. En raison de la complexité de son cas, l'assuré s'était adressé à un médecin du sport. De l'avis de l'orthopédiste traitant, les limitations fonctionnelles justifiaient le droit de son patient à bénéficier d'une reconversion professionnelle tenant compte des restrictions listées lors de la précédente expertise ;

- un rapport du 21 décembre 2022 ainsi qu'une prescription de physiothérapie du même jour du Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale, du Centre [...], selon lequel l'assuré se plaignait de douleurs fortes, constantes, exacerbées par les mouvements et l'activité physique ; il était très limité pour accomplir les activités de la vie quotidienne, avec une difficulté à descendre les escaliers et une importante fatigabilité, notamment à la marche et en station debout prolongée. A l'examen clinique, une importante boiterie, un genou calme, une hyperalgie diffuse à la palpation du genou et dans une moindre mesure à la jambe, une absence d'instabilité ligamentaire, une flexion-extension 120-0-0, une hyperalgie à la mobilisation passive dans tous les axes, d'importantes appréhensions, un phénomène de fasciculation, ainsi qu'une difficulté et fatigabilité en station monopodale ont été constatés chez l'assuré qui ne parvenait pas à descendre d'une marche en appui sur

le membre inférieur droit. Le Dr Q._____ a diagnostiqué une douleur musculosquelettique primaire chronique et indiqué un pronostic réservé, avec la nécessité d'une prise en charge spécifique et pluridisciplinaire de l'assuré « clairement très limité au quotidien » et pas apte à exercer une quelconque activité professionnelle autre qu'en position assise.

Sur la base de ces éléments médicaux, le recourant a soutenu que son état de santé ne s'était pas amélioré, qu'une prise en charge spécifique et pluridisciplinaire était nécessaire selon le Dr Q._____, et que, dans l'attente de cette prise en charge, des séances avaient été prescrites avec un arrêt maladie établi dans l'intervalle. A ses yeux, l'intimée devait prendre en charge le traitement médical et servir ses indemnités journalières jusqu'à l'amélioration de l'état de santé.

L'intimée s'est déterminée le 7 février 2023 sur les dernières pièces produites par le recourant, et a estimé que ces éléments n'étaient pas de nature à modifier son point de vue.

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 la LAMal au-delà du 31 mai 2021, singulièrement sur la capacité de réintégration dès le 18 décembre 2020 (date de l'examen clinique par le Dr K._____) d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

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 (TF 9C_332/2007 du 29 mai 2008 consid. 1.1 ; TFA K 65/99 du 17 février 2000 consid. 3d, RAMA 2000 n° KV 116 p. 145 ; TFA K 65/99 du 17 février 2000 consid. 3d, RAMA 1998 n° KV 43 p. 420). 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 (TFA K 56/05 du 31 août 2006 consid. 3.3 ; K 74/02 du 16 avril 2004 consid. 2.1, RAMA 2004 n° KV 284 p. 236 ; K129/00 du 20 juin 2001 consid. 2b, non publié aux ATF 127 V 154).

b) Selon 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 LPGA).

Suivant l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

Selon la jurisprudence, le degré d'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 ; TF 9C_511/2021 du 25 janvier 2022 consid. 2.2). Ce principe a été codifié à l'art. 6, deuxième phrase, LPGA qui prévoit qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité raisonnablement exigible peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 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, 3e éd., Bâle 2016, n. 1461, pp. 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 LPGA). Dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (TF 9C_546/2007 du 28 août 2008 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) Le personnel de la société F. _____ SA est au bénéfice d'une protection d'assurance par le biais de l'assurance collective perte de gain maladie de la B. _____ ([B. _____] ; contrat n° [...]). Les conditions générales d'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal ([...], Edition 1^{er} janvier 2011) prévoient notamment à leur art. 7 que l'indemnité journalière est versée pour une ou plusieurs incapacités durant 730 jours dans une période de 900 jours (al. 1), les délais d'attente à charge de l'employeur étant imputés sur la durée du droit aux prestations (al. 2). L'art. 13 prévoit que l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25 %. Quant à l'art. 11 al. 2 des conditions générales précitées, il dispose que la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré :

- a. lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des assurés ;
- b. à la résiliation du contrat ;
- c. dès l'interruption de travail volontaire ne donnant pas droit à un salaire ;
- d. au décès de l'assuré ;
- e. à l'épuisement du droit aux prestations ;

f. à la fin du mois durant lequel l'assuré atteint l'âge de 65 ans ou prend sa retraite anticipée. [suivent des cas de figure concernant des situations non pertinentes en l'espèce]

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 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 citées). 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 citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

5. En l'occurrence, l'intimée fonde sa décision sur l'appréciation de l'état de santé du recourant effectuée par le Dr K._____ dans son rapport du 11 janvier 2021. Elle a ainsi considéré que l'intéressé avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 18 décembre 2020.

De son côté, le recourant se prévaut du fait que la décision est prématurée dès lors que son état de santé ne s'est pas amélioré et qu'il est également prématuré d'exiger de sa part une réorientation professionnelle. Il est ainsi d'avis que les limitations fonctionnelles retenues entravent l'exercice de la profession de magasinier, et, plus généralement, un emploi à plein temps. Il conteste par ailleurs la valeur probante de l'expertise du Dr K._____ dont il soutient qu'elle se caractérise par des incohérences et des imprécisions.

Or, l'expertise du Dr K._____, du 11 janvier 2021, à l'origine de la suspension en cause, vient confirmer la position de l'intimée.

Le Dr K._____ a procédé à un examen clinique du recourant. Dans le cadre de la rédaction de son rapport, il a pris connaissance des pièces au dossier, a résumé l'anamnèse professionnelle, actuelle et par systèmes, ainsi que les status cardio-vasculaire, neurologique et ostéo-musculaire. S'agissant plus particulièrement des membres inférieurs, cet expert a relevé que l'assuré marchait avec une discrète boiterie, qu'il n'utilisait aucun moyen auxiliaire, et que les membres inférieurs étaient légèrement en varus avec une distance intercondylienne debout de deux centimètres. L'assuré avait certes des difficultés pour rester en appui monopodal à droite, mais il parvenait à s'accroupir. S'agissant plus spécifiquement des genoux, il a constaté l'absence d'épanchement intra-articulaire ; il n'y avait pas de différence de température ou de coloration entre les deux genoux. La flexion-extension était à 140-0-0 des deux

côtés, avec une distance talon-fesse de quinze centimètres à droite et de douze centimètres à gauche. Le genou droit était stable dans tous les plans. Certes, en flexion du genou, lors des manœuvres de valgus forcées, l'assuré décrivait des douleurs en regard de l'insertion condylienne du ligament latéral interne. Il n'y avait pas d'instabilité ni dans le plan frontal, ni dans le plan sagittal, et les signes méniscaux étaient négatifs. C'est sur la base de ces constatations, au demeurant complétées par un nouveau rapport d'IRM du genou droit, le 22 décembre 2020, que le Dr K. _____ a estimé que l'examen clinique était rassurant. Toutefois, en raison de la persistance de gonalgies, l'expert est d'avis que l'assuré ne peut pas exercer son activité habituelle de poseur de fenêtres car ce métier ne respecte pas les limitations fonctionnelles dues à l'état de son genou droit, à savoir : éviter de marcher en terrain irrégulier, de monter ou descendre à répétition les pentes ou les escaliers, les métiers impliquant d'être accroupi ou à genou, ainsi que le port de charges de plus de quinze kilos. Le Dr K. _____ a ainsi évalué la capacité de travail du recourant comme entière dans une activité adaptée, à savoir une activité sédentaire ou semi-sédentaire.

L'expertise du Dr K. _____ remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle est en effet bien étayée, claire, et dénuée de contradictions. Elle n'est en outre pas sérieusement remise en cause. Certes, le nouveau médecin traitant, le Dr C. _____, qui a repris le cabinet du Dr J. _____ en début 2021 (cf. rapport du 23 août 2022), est lui d'avis que la capacité de travail de son patient n'est que de 50 % dans une activité adaptée. Toutefois, il ne motive pas cette appréciation, sinon en indiquant que la gonalgie le met dans l'incapacité de charger son genou droit, si bien qu'il présente une limitation du périmètre de marche, la montée et la descente d'escaliers se faisant avec difficulté, et le patient ne pouvant travailler, en position accroupie, ni porter des charges.

Or, ces différentes limitations fonctionnelles recourent largement celles retenues par le Dr K. _____. Quant au périmètre de marche, le recourant avait déclaré à l'inspecteur de l'intimée lors de sa

visite du 9 novembre 2020 être en mesure de marcher environ deux à trois kilomètres. Quoiqu'il en soit, les rapports du Dr C. _____ des 26 janvier et 23 août 2022 ne font pas état d'éléments nouveaux qui auraient été omis par l'expert. Ce dernier a au demeurant bien fait état des plaintes de l'assuré, qui affirme être incapable de travailler, avoir l'impression d'avoir perdu de la force musculaire au membre inférieur droit, et ressentir une sensation d'instabilité de ce genou.

Le recourant voit une incohérence dans le rapport du Dr K. _____ lorsque celui-ci fait état de l'apparition d'un œdème osseux du condyle fémoral d'origine indéterminée. Toutefois, la question ici n'est pas de savoir quelle est l'origine dudit œdème, ni s'il était déjà présent lors de la première IRM de mars 2020, mais celle des répercussions de la gonalgie sur la capacité de travail. A cet égard, les explications du Dr K. _____ sont claires et non contredites. Il est au demeurant admis que le recourant n'est plus en mesure de travailler dans son activité habituelle de poseur de fenêtres, sans qu'il n'y ait dès lors lieu de compléter l'instruction sur ce point. L'expert a toutefois bien expliqué que depuis le jour de l'examen (18 décembre 2020), l'assuré est en mesure de travailler dans une activité adaptée à plein temps.

Le recourant plaide l'absence d'amélioration de son état de santé sur la base de nouveaux avis établis par les médecins traitants. Dans son rapport du 6 décembre 2022, le Dr C. _____ ne pose aucun diagnostic nouveau qui n'aurait pas déjà été pris en compte par l'expert. Il se limite à indiquer que son patient présente « des limitations importantes » et estime qu'il devrait bénéficier d'une évaluation, d'un suivi spécialisé et d'une reconversion professionnelle. De son côté, le 21 décembre 2022, le Dr Q. _____ retient l'absence d'amélioration de l'état de santé du recourant depuis l'expertise, en insistant sur la nécessité d'une prise en charge spécifique et pluridisciplinaire de l'intéressé qui, à son avis, est « clairement très limité au quotidien » et inapte à exercer une quelconque activité professionnelle autre qu'en position assise. Ces éléments ne font que confirmer le point de vue du Dr K. _____ selon lequel, en raison des limitations fonctionnelles liées à

l'état de son genou droit (ne pas marcher en terrain irrégulier, ne pas monter ou descendre à répétition les pentes ou les escaliers, pas de métiers impliquant d'être accroupi ou à genou et pas de port de charges de plus de quinze kilos), le recourant n'est plus en mesure d'exercer l'activité habituelle de poseur de fenêtres mais est apte à exercer à temps plein une activité adaptée sédentaire ou semi-sédentaire en position assise.

L'expert a fixé un *statu quo sine* à six mois après l'accident survenu le 7 mars 2020. Si la question de la stabilisation de l'état de santé du recourant est certes déterminante en assurance-accidents, elle l'est moins en matière LAMal. A l'issue du délai d'adaptation, le droit à l'indemnité journalière, cas échéant réduite, dépend de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré à savoir, 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 (cf. consid. 3c supra).

Le recourant déplore que l'expert ait mentionné le poste de « magasinier » comme étant adapté à ses limitations fonctionnelles. Il ne s'agit là toutefois que d'un exemple, l'expert ayant surtout estimé adaptées les activités sédentaires ou semi-sédentaires, lesquelles regroupent bon nombre de possibilités adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant. Le niveau de qualification correspondant aux activités simples et répétitives dans les secteurs de la production et des services recouvre en effet un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TF 9C_759/2018 du 18 février 2019 consid. 3.1 ; TF 9C_692/2015 du 23 février 2016 consid. 3.1 ; TF 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3 et les références citées). En outre, est seule déterminante la question de savoir dans quelle

mesure la capacité de gain résiduelle de l'assuré peut être exploitée économiquement sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui. Il n'y a pas lieu d'examiner si l'assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 ; TFA I 875/05 du 15 novembre 2006 consid. 4).

Par ailleurs, l'intimée ayant estimé que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 18 décembre 2020, elle a évalué le taux de l'incapacité résiduelle à 0 % à la fin du temps d'adaptation, fixé à trois mois.

A cet égard, l'intimée a retenu en tenant compte de la situation du recourant (alors âgé de quarante ans, intérimaire dans les métiers du bâtiment depuis 2014, poseur de fenêtres depuis 2018) et de l'état du marché du travail, qu'un changement d'activité était possible. Le recourant ne soulève pas de moyens mettant en cause la position de l'intimée. L'art. 6, deuxième phrase, LPGA 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 (cf. consid. 3b supra).

Enfin, l'arrêt du Tribunal fédéral 4D_7/2021 du 12 avril 2021 dont se prévaut le recourant n'est pas topique. Dans cette affaire, selon les conditions générales d'assurance (CGA) applicables, l'assureur perte de gain maladie était tenu de prester pour toute incapacité de travail – même liée exclusivement à la place de travail – si une atteinte à la santé était à l'origine de cette incapacité. Or dans le cas présent, l'art. 13 des conditions générales d'assurance (CGA) prévoit que l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25 %. Partant, cette

disposition ne pose pas une condition supplémentaire à l'octroi des indemnités journalières prévues, mais vise uniquement à encourager l'assuré à reprendre au plus vite une activité adaptée à son état de santé.

6. Pour le reste, le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'instruction sous la forme d'une expertise de nature à rectifier l'expertise orthopédique au dossier. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

7. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

8. a) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

b) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Jean-Nicolas Roud peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 8 juin 2023, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'910 fr. 80, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3^{bis} RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

c) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 2 juin 2021 par M. _____ Assurance Maladie SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Jean-Nicolas Roud, conseil du recourant, est fixée à 2'910 fr. 80 (deux mille neuf cent dix francs et huitante centimes), débours et TVA compris.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Nicolas Roud (pour A.I. _____ c/o B.I. _____),
- M. _____ Assurance Maladie SA,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

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).

Le greffier :