

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1344/2015

ATAS/619/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 août 2016

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHEIDT
SCHEIDEGGER

recourant

contre

PHILOS ASSURANCE MALADIE SA, sise rue des Cèdres 5,
MARTIGNY

intimée

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBÀ et Larissa ROBINSON-MOSER,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1966, a été engagé le 1^{er} septembre 2008 en qualité de concierge par l'entreprise B_____ SA pour le nettoyage de bâtiments à plein temps. En tant que salarié de cette société, il était assuré pour la perte de gain en cas de maladie auprès de Swica assurance-maladie SA (ci-après : Swica), ce jusqu'au 31 décembre 2013. Le 1^{er} janvier 2014, Philos assurance-maladie SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée) a succédé à cette dernière et repris les dossiers en cours ouverts auprès de Swica.
2. Le 8 novembre 2012, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation lors duquel une automobiliste a heurté sa voiture par l'arrière.
3. Suite à cet accident, l'assuré a consulté, le jour même, le service des urgences des HUG et un arrêt de travail à 100% lui a été délivré du 8 au 11 novembre 2012. Les suites du cas ont été prises en charge par la SUVA dans un premier temps.
4. Le 20 novembre 2012, l'assuré a subi un examen par IRM. Selon les conclusions du rapport du docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie, l'assuré présentait une dégénérescence discale L4-L5 et L5-S1 avec discopathie modérée ainsi qu'une protrusion discale L4-L5 sans contrainte sur les racines sous-jacentes. Ce rapport mentionnait également la présence d'une hernie discale sous-ligamentaire L5-S1 partiellement couverte par une ostéophytose en conflit discret avec la racine S1 gauche et d'une arthrose interapophysaire postérieure prédominante en L4-L5 appuyant discrètement sur la partie latérale du fourreau dural. Enfin, un canal lombaire constitutionnel relativement étroit et un kyste cortical polaire inférieur gauche étaient également mis en évidence.
5. Le 23 novembre 2012, le professeur D_____, radiologue, a procédé à une infiltration du massif articulaire postérieur L4-L5 gauche et de la racine L5 gauche. L'injection d'un anesthésique local avait permis un amendement immédiat de la symptomatologie et l'injection subséquente de dexaméthasone au niveau de la racine L5 gauche et du massif articulaire postérieur L4-L5 gauche s'était déroulée sans douleur ni complication.
6. Le 11 décembre 2012, l'assuré s'est rendu à une consultation au service de neurochirurgie des HUG. Dans un rapport du 20 décembre 2012, les docteurs E_____ et F_____, respectivement médecin interne et médecin adjoint au sein de ce service, ont indiqué qu'à la suite de l'accident survenu le 9 novembre (recte : 8 novembre) 2012, l'assuré avait présenté soudainement des lombosciatalgies sur un trajet L5 gauche non déficitaire. Les douleurs étaient présentes toute la journée, situées sur un trajet partant du niveau lombaire bas jusqu'à la pointe du pied. Même si une infiltration avait été effectuée le 23 novembre 2012, l'amélioration qui s'en était suivie n'avait été que passagère (4 jours). Actuellement, l'assuré rapportait une nette péjoration de la marche et une hyposensibilité de la face latérale et antérieure de la jambe et du gros orteil gauches. À l'examen, les médecins avaient observé que la marche se faisait avec une boiterie évidente à gauche et que la distance doigt-sol

était douloureuse et d'environ 5 cm. Il n'était pas possible, pour l'heure, de formuler de proposition sur la suite du traitement, l'assuré n'ayant pas apporté l'ensemble des documents IRM.

7. Le 31 janvier 2013, l'assuré a subi une nouvelle infiltration lombaire.
8. Dans un rapport du 10 février 2013 à la SUVA, le docteur G_____, médecin traitant, de la permanence médico-chirurgicale de Vermont-Grand-Pré, a posé le diagnostic de hernie L5-S1 gauche avec conflit S1 gauche. Un pronostic sur l'évolution du cas paraissait prématuré. Cependant, l'arthrose interapophysaire postérieure en L4-L5, la discopathie L4-S1 et le canal lombaire étroit constituaient des circonstances particulières qui pouvaient influencer de manière défavorable le processus de guérison. Enfin, il était trop tôt pour se prononcer sur une reprise du travail.
9. Le 6 mars 2013, l'assuré s'est rendu une nouvelle fois à une consultation au service de neurochirurgie des HUG. Dans leur rapport du 11 mars 2013, les docteurs H_____ et I_____, respectivement médecin interne et chef de clinique, ont mentionné que l'assuré se plaignait toujours de lombalgies sans sciatalgie, auxquelles s'ajoutaient désormais des douleurs cervicales sans irradiation aux membres supérieurs. L'assuré était sous Tramal, Irfen (protecteur gastrique) et Sirdalud. Une séance d'infiltration L5-S1 gauche n'avait pas changé sa symptomatologie.

Objectivement, les médecins n'avaient retrouvé aucun déficit moteur ni sensitif à l'examen des membres supérieurs et inférieurs. Les réflexes ostéotendineux étaient présents, normaux, et symétriques, le signe de Lasègue négatif et la marche possible tant sur les talons que les pointes. L'IRM qu'avait subie l'assuré mettait en évidence des discopathies au niveau L4-L5 et L5-S1 et une minime protrusion discale au niveau L5-S1 gauche sans net conflit radiculaire. Il n'existait aucune indication chirurgicale au vu de ce tableau radio-clinique.

10. Par décision du 20 mars 2013, confirmée sur opposition le 17 juillet 2013, la SUVA a mis un terme au versement des prestations d'assurance au 30 mars 2013 motif pris que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident, mais exclusivement de nature malade.
11. À partir du 31 mars 2013, l'assuré a perçu des indemnités journalières pour cause de maladie. Celles-ci lui ont été versées jusqu'au 31 décembre 2013 par Swica assurance-maladie SA, sur la base d'une incapacité de travail complète.
12. Dans un rapport adressé au Dr G_____ le 19 avril 2013, le docteur J_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation à l'hôpital Beau-Séjour, a relaté une consultation qui s'était déroulée le 10 avril 2013. L'assuré avait décrit des douleurs lombaires et de la fesse qu'il chiffrait à 7/10, respectivement 9/10, un handicap fonctionnel de 74% (sévérissime) et une qualité de vie très abaissée à 20%. S'y ajoutaient des éléments d'anxiété et dépressifs fortement positifs selon le HADS (Hospital Anxiety and Depression scale) à 19/21 chacun. Les douleurs

étaient au maximum en position assise mais aussi en position couchée prolongée. Les sports pratiqués avant l'accident (football, jogging trois fois par semaine et natation) avaient dû être abandonnés.

Selon le Dr J_____, l'assuré présentait un syndrome lombo-vertébral déclenché par l'événement traumatique du 8 novembre 2012. Il préconisait à tout prix un renforcement lombo-abdominal » en piscine, puis à sec avec des auto-exercices journaliers « afin d'augmenter la fonction » et de diminuer les symptômes douloureux. En revanche, une inscription de l'assuré au programme PRODIGE (programme dos des institutions universitaires genevoises) semblait impossible en raison des difficultés linguistiques de l'assuré.

13. Le 25 avril 2013, l'assuré a subi une IRM de la colonne cervicale. Dans un rapport daté du même jour, le Prof. D_____ a conclu à la présence d'une discopathie C6-C7 avec hernie médiane, paramédiane et foraminale gauche sans contrainte sur la racine C7 gauche.
14. Dans un rapport du 3 juin 2013, le docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'il assurait le suivi psychologique et psychiatrique de l'assuré depuis plus de dix ans avec un intervalle libre de plusieurs années. L'assuré avait repris contact avec lui à la fin avril et il lui avait prescrit, en urgence, un traitement médicamenteux dans le contexte d'une récurrence d'un syndrome post-traumatique massif.
15. Le 4 juin 2013, les docteurs L_____ et I_____ respectivement médecin interne et chef de clinique du service de neurochirurgie des HUG ont fait état d'une légère amélioration transitoire des cervico-brachialgies C7 – suite à une infiltration pratiquée le 23 mai 2013 – et proposé la réalisation d'une électroneuromyographie du membre supérieur gauche ainsi qu'une nouvelle infiltration péiradiculaire C7 gauche.
16. Le 10 juin 2013, les docteurs M_____ et N_____, respectivement médecin adjoint agrégé et médecin interne à l'unité d'ENMG du service de neurologie des HUG, ont procédé à l'électroneuromyographie proposée par leurs confrères et conclu l'absence de signes de dénervation aiguë/active dans la musculature des myotomes C5 à D1 gauche examinée. Il n'y avait en outre aucun signe de dénervation ancienne/réinnervation chronique. La neurographie montrait en revanche une atteinte myélinique focale modérée du nerf ulnaire au coude gauche qui pouvait participer à certains des symptômes.
17. Dans un rapport adressé le 21 juin 2013 à Swica assurance-maladie SA, le Dr G_____ a posé le diagnostic de hernies discales C6-C7 et L5-S1 gauches, précisant qu'elles étaient probablement apparues le 8 novembre 2012 dès lors qu'il n'existait pas de symptômes auparavant. Ces diagnostics étaient la cause de son incapacité de travail qui demeurait complète. En revanche, le syndrome de stress post-traumatique – qui avait été réactivé par l'accident et pour lequel l'assuré était suivi par le Dr K_____ – était sans effet sur la capacité de travail. Du fait de ses

lombalgies et cervicalgies, il ne pouvait pas porter de charges, la marche était limitée à 5-7 minutes. Après quoi, il devait s'asseoir et éprouvait des douleurs après 5 minutes dans cette position. En l'état, il était trop tôt pour se prononcer sur une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de sa capacité de travail. Du reste, une opération neurochirurgicale était envisagée pour la hernie cervicale.

18. Dans un rapport du 26 juin 2013 au Dr G_____, les Drs L_____ et I_____ ont estimé qu'il était peu probable que l'atteinte modérée du nerf ulnaire à gauche puisse expliquer la symptomatologie de l'assuré dans le contexte de ses cervico-brachialgies C7 gauches.
19. Le 5 août 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations à l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI).
20. Le 10 décembre 2013, le Dr I_____ a annoncé au Dr G_____ que l'assuré avait été opéré deux semaines auparavant par ses collègues chirurgiens de la main pour une transposition du nerf ulnaire à gauche. D'une manière générale, il fallait attendre janvier-février 2014 pour faire le point.
21. Le 24 février 2014, les docteurs O_____ et P_____, respectivement médecin interne et cheffe de clinique au service de neurochirurgie des HUG ont indiqué que l'évolution clinique semblait plutôt favorable, avec une nette diminution des brachialgies gauches. Aussi, aucune sanction chirurgicale n'était actuellement retenue. D'un commun accord avec l'assuré, les médecins proposaient de clore le suivi neurochirurgical.
22. Dans un rapport du 24 février 2014 à l'OAI, le Dr K_____ a fait état d'une réactivation d'un syndrome post-traumatique complet depuis l'accident « et la limitation physique », avec retour des cauchemars, des angoisses, des flashbacks et des réactions de sursaut qui avaient pour thème ses expériences de torture et de guerre, dont il avait pu prendre quelque distance auparavant. Le sommeil était très mauvais. Ne pouvant pratiquer de sport, l'assuré avait commencé à prendre du ventre et cela le désolait particulièrement. Il était devenu hypersensible et très irritable vis-à-vis de son entourage, du fait qu'il était maintenant confiné à domicile et que ses douleurs – principalement à la nuque et dans le dos – lui rappelaient sans cesse son incapacité mais aussi des souvenirs de torture et le fait que les traitements administrés ne fonctionnaient pas. Sur le plan psychiatrique, l'évolution se présentait comme suit depuis le 23 avril 2013 : malgré la mise en place d'un traitement médicamenteux à base d'antidépresseurs, anxiolytiques et somnifères, le Dr K_____ n'était jamais parvenu à rejoindre le niveau de rémission suffisant atteint en 2008-2009, période durant laquelle l'assuré travaillait régulièrement, s'adonnait à des activités sportives sans avoir besoin de médicaments ni de consultations. Le pronostic était impossible à déterminer à court et à moyen terme. En revanche, au vu de la détermination et de la grande résilience dont il avait fait preuve durant la première période prolongée de traitement, l'assuré pourrait

vraisemblablement retrouver un « niveau de fonctionnement avec une insertion professionnelle » si les troubles physiques venaient à s'améliorer notablement et si une réadaptation professionnelle adéquate pouvait être mise en place. Invité à se prononcer sur l'incapacité de travail et les restrictions physiques, mentales ou psychiques de l'assuré dans son activité habituelle, le Dr K_____ a renvoyé aux rapports des médecins somaticiens, ajoutant que les limitations étaient avant tout physiques et que la capacité de travail dans un métier physique comme auparavant n'était pas envisageable, d'où une incapacité de travail à 100% pour une période encore indéterminée.

23. À la demande de l'assureur, l'assuré s'est rendu le 14 mars 2014 à la clinique Corela en vue de se soumettre à une expertise pratiquée par la doctoresse Q_____, rhumatologue. Celle-ci a rendu son rapport le 9 avril 2014

Après avoir retracé l'anamnèse de l'assuré, recueilli ses plaintes et l'avoir examiné, l'experte a retenu les diagnostics suivants :

- hernie discale C6-C7 gauche ;
- compression du nerf ulnaire gauche au coude en status post neurolyse ;
- discopathie L4-L5 ;
- sténose foraminale L5 bilatérale ;
- arthrose interapophysaire L4-L5 ;
- hernie discale L5-S1.

L'examen clinique cervical était rassurant, malgré les plaintes inchangées depuis plusieurs mois et en dépit de tous les traitements tout à fait correctement effectués. L'examen neurologique était également sans particularité. L'IRM du rachis cervical effectuée le 24 avril 2013 montrait une discopathie C6-C7 avec une petite hernie médiane, paramédiane et foraminale gauche, pouvant entrer discrètement en conflit avec la racine C7 gauche. Aucun signe de compression médullaire n'était retrouvé.

L'ENMG réalisée le 20 juin 2013 ne montrait aucune atteinte radiculaire d'origine cervicale.

Au niveau lombaire, actuellement, l'examen clinique était également très rassurant avec un assuré parfaitement musclé, malgré l'arrêt de travail et des activités sportives depuis un an et demi. Aucun syndrome rachidien n'était constaté avec un indice de SCHÖBER à 10-15cm et une distance doigt-sol à 17cm. Les manœuvres de Lasègue et Leri étaient négatives et il n'existait pas de trouble neurologique associé.

Le reste de l'examen clinique était sans particularité, montrant un assuré en bon état général, ne présentant qu'une discrète augmentation des chiffres tensionnels.

Une IRM réalisée en novembre 2012 avait mis en évidence des discopathies L4-L5 et L5-S1 avec une hernie médiane et paramédiane L5-S1 entrant en contact avec la

racine gauche, accompagnée d'une petite composante foraminale. Le bilan radiologique objectivait bien une discopathie L4-L5 et L5-S1 et il existait indiscutablement une petite sténose foraminale L5-S1.

L'examen clinique actuel ne montrait aucun signe de gravité et, en tout cas, aucun signe en faveur d'une atteinte radiculaire ou d'une myélopathie cervicarthrosique. Il ne montrait pas non plus de syndrome rachidien au niveau lombaire, mais quelques limitations des amplitudes cervicales.

Évoquant l'état actuel, les interactions et l'évolution prévisible, la Dresse Q_____ a noté une stabilité des plaintes s'agissant de la colonne cervicale et lombaire. La hernie discale C6-C7 gauche était déjà stabilisée. Pour la compression du nerf ulnaire au coude gauche, un geste chirurgical de neurolyse du nerf ulnaire avait été réalisé il y a trois mois. Même si celui-ci n'avait pas permis d'amélioration totale de la symptomatologie clinique, la rémission devait être atteinte six mois après cette intervention, soit vers mi-juin 2014. Les pathologies lombaires étaient également stabilisées. Compte tenu de la chronicité des phénomènes douloureux, il n'y avait pas lieu d'envisager que l'état clinique s'amende complètement. Les données de l'examen clinique montraient cependant des plaintes disproportionnées par rapport aux données de l'examen clinique, notamment un EVA (échelle visuelle analogique) à 9/10 et un NDI (Neck Disability Index) à 84% – correspondant à une personne clouée au lit – et un Oswestry (questionnaire sur l'état de santé) à 72% en faveur d'une infirmité. À la lumière de ces éléments, l'experte notait un passage à la chronicité des phénomènes douloureux. Les données de l'examen clinique étaient en revanche rassurantes tant sur le plan des mobilités rachidiennes – cervicales et lombaires – que du point de vue de l'examen radiologique. Il existait ainsi une surcharge psychogène probable. L'existence de 2/5 signes de Waddell, de troubles de la sensibilité dans le membre inférieur gauche dans toute sa globalité étaient également un signe de surcharge. De ce fait, l'experte estimait que des modifications thérapeutiques n'étaient pas conseillées, ce d'autant qu'elles s'étaient toutes soldées par un échec alors qu'elles avaient été bien conduites et que l'assuré disait ne plus supporter de prendre des médicaments. En dehors, peut-être, d'un traitement par antidépresseur tricyclique à dose filée, qui permettrait d'augmenter le seuil de tolérance à la douleur mais dont la prise était probablement vouée à l'échec car l'assuré ne voulait plus prendre de médicaments, il n'y avait pas d'autres mesures thérapeutiques à proposer hormis la poursuite des séances de chiropraxie et de balnéothérapie.

Au titre des facteurs non médicaux, l'experte a noté que le fait que l'assuré décrive un travail stressant (lié à la nécessité d'une rapidité dans l'exécution des tâches) mais surtout des activités physiquement éprouvantes selon lui, pouvait être de nature à différer une reprise du travail.

Les limitations fonctionnelles consistaient en l'absence de port de charges lourdes (jusqu'à 50 kg occasionnellement et/ou 12-25 kg souvent et/ou 5-10 kg en permanence) et de travail en porte-à-faux cervical et lombaire prolongé. À cet

égard, l'activité habituelle était adaptée, de sorte que l'incapacité, dans cette activité, était de 0% sans diminution de rendement au jour de l'examen, soit le 14 mars 2014.

24. Déférant à une convocation qui lui avait été adressée par l'assureur, l'assuré s'est rendu le 31 mars 2014 auprès du docteur R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour y subir une expertise psychiatrique. L'expert a rendu son rapport le 2 avril 2014.

Après avoir retracé l'anamnèse, recueilli les plaintes et établi le status psychiatrique de l'assuré, l'expert a posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1), précisant qu'il était présent depuis 1991 et qu'il avait une répercussion sur la capacité de travail. Dans la discussion consécutive, le Dr R_____ a indiqué que les éléments de pronostic favorable étaient constitués par l'absence de trouble de la personnalité, l'absence de prise de substances psycho-actives (alcool, stupéfiants) et d'hérédopathie, par la recherche de soins spécifiques (psychiatriques) ainsi que par l'étayage socio-familial relativement préservé.

En revanche, la nouvelle intensification de l'état de stress post-traumatique, la durée des troubles (chronicisation) ainsi que le facteur de stress constitué par les douleurs – qui limitaient les capacités physiques – représentaient des éléments de pronostic défavorable. Globalement, le pronostic devait être qualifié d'incertain ; il dépendait pour beaucoup de la récupération des aptitudes physiques. L'état de stress post-traumatique était à l'origine de limitations fonctionnelles psychiques consistant en une irritabilité (aspect entraînant des difficultés relationnelles) et une anxiété (susceptible de perturber les processus de pensée). La nature de ces limitations faisait qu'elles étaient, stricto sensu, sur le plan psychique, à l'origine d'une incapacité de travail de 30%.

Dans son rapport médical du 21 juin 2013, le Dr G_____ indiquait certes que l'état de stress post-traumatique était sans effet sur la capacité de travail, mais ce médecin n'était pas psychiatre. Quant au Dr K_____, il indiquait dans son rapport du 24 février 2014 à l'OAI que les limitations étaient avant tout physiques. Pour sa part, l'expert était d'avis que l'incapacité de travail psychique actuelle était susceptible de s'améliorer avec la résolution des douleurs et donc des limitations physiques. En revanche, si cette condition ne se réalisait pas, il était probable que sur le long terme, l'état de santé de l'assuré se péjorerait sur le plan psychique avec une accentuation de l'inaptitude au travail.

Concernant la période passée, l'incapacité de travail actuelle devait être datée depuis le 23 avril 2013 au plus tard – début de la nouvelle prise en charge psychiatrique par le Dr K_____. En conclusion, l'état de stress post-traumatique était, sur le plan purement psychiatrique, à l'origine d'une incapacité de travail de 30%. En revanche, contrairement au Dr K_____, le Dr R_____ estimait que le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) ne pouvait pas être posé actuellement. Même s'il existait des

éléments allant dans ce sens, on ne pouvait les retenir sans savoir s'ils remplissaient les conditions de durée décrites dans la CIM-10 (persistance pendant au moins deux ans).

En réponse aux questions posées par l'assureur, l'expert a indiqué que l'incapacité de travail, qui était de 30% au plus tard depuis le 23 avril 2013, ne pouvait pas être améliorée dans la profession habituelle à courte ou moyenne échéance. Le traitement psychiatrique, psychothérapeutique et psychopharmacologique était approprié et devait être poursuivi. La résolution des problèmes somatiques conduirait à une amélioration sur le plan psychique, la résolution des douleurs permettant la reprise de l'activité physique, étant relevé que celle-ci avait eu un effet positif sur la pathologie psychique.

Interrogé sur l'éventualité de l'impossibilité d'améliorer la capacité de travail au poste actuel et, dans ce cas, sur le type d'activité adaptée à l'état de santé de l'assuré, l'expert a répondu que sur le plan purement psychiatrique, toute activité qui n'était pas basée sur un travail en équipe était adaptée. À ce titre, le travail de concierge et de nettoyeur tel qu'il avait été exercé jusqu'au 7 novembre 2012 constituait une activité adaptée.

Une reprise du travail pouvait être exigée depuis le 8 novembre 2012 à 70% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, l'activité habituelle constituant une activité adaptée.

Dans ses remarques finales, l'expert a estimé que l'observance du traitement par l'assuré était moyenne. Même s'il ne s'agissait pas d'une inobservance à proprement parler, il existait une réticence à une posologie trop importante des psychotropes sédatifs (quétiapine, olanzapine). Enfin, le Dr R_____ était d'avis que la collaboration de l'assuré à l'examen avait été suffisante pour lui permettre de rédiger un rapport ayant valeur probante.

25. Le 10 avril 2014, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 30 juin 2014. Ce dernier est alors resté couvert auprès de l'assureur à titre individuel, dès le 1^{er} juillet 2014.
26. Par décision du 29 avril 2014, l'assureur s'est référé aux rapports d'expertise des médecins rhumatologue et psychiatre mandatés par ses soins et à l'avis de son médecin-conseil. Selon ce dernier, la reprise du travail était raisonnablement envisageable à 70% dès le 31 mars 2014, date de l'expertise psychiatrique. « À titre exceptionnel », l'assureur accordait un délai supplémentaire et prolongeait le versement des indemnités journalières à 100% jusqu'au 4 mai 2014. Dès le 5 mai 2014, l'indemnisation s'élèverait à 30% du salaire assuré.
27. Le 30 mai 2014, l'assuré, représenté par un avocat, a formé opposition et conclu à la reprise du versement des indemnités journalières entières. Ses médecins traitants, le Dr G_____, le docteur S_____, rhumatologue, et le Dr K_____ estimaient que son incapacité de travail était actuellement complète. Il était patent que les spécificités de son activité de concierge n'avaient pas été prises en considération

par les experts de l'assureur en tant qu'ils retenaient, au nombre des limitations physiques, le port de charges entre 5 et 10 kg en permanence.

28. Le 28 août, l'assuré a mis en demeure l'assureur de lui verser l'intégralité des indemnités journalières arriérées et de reprendre le versement des indemnités journalières entières.

Pour appuyer ses conclusions, il a produit un rapport IRM du 25 août 2014 du Dr C_____, faisant état d'une discopathie C6-C7 avec hernie discale médiane, paramédiane et foraminale gauche en conflit avec la racine C7 gauche, soit un tableau qui, aux dires de ce médecin radiologue, ne présentait « pas d'évolution significative par rapport à l'examen antérieur du 25/04/2013 ».

Une attestation du Dr K_____ du 9 juillet 2014 était également jointe à son envoi. Selon ce psychiatre, le niveau de rémission atteint en 2008-2009 à la faveur de la thérapie mise en place en mai 2002 n'avait jamais pu être rejoint depuis la reprise du suivi psychiatrique le 23 avril 2013, malgré la prescription de sertraline et de quétiapine, dosées à 100 mg/jour, respectivement 50-100 mg/jour. Pour la période de traitement actuelle, il y avait eu 18 consultations psychothérapeutiques en 2013 et en moyenne deux à trois par mois en 2014. En raison d'une maîtrise du français insuffisante – induite par des troubles psychologiques, notamment de la concentration, apparus à la fin de la guerre de Bosnie-Herzégovine –, ces séances se déroulaient en présence de l'épouse ou de la fille aînée de l'assuré, pour les besoins de la traduction.

En l'état, l'assuré était incapable de travailler et de pratiquer un sport quelconque à cause des douleurs. Il était sans défense face aux réminiscences intrusives, ruminations, cauchemars, angoisses, réactions de sursaut. À cela s'ajoutait une irritabilité majeure vis-à-vis de son entourage, déclenchée par des causes minimes, ce qui réalisait à nouveau le tableau complet d'un état de stress post-traumatique (F43.1) ainsi que l'accentuation d'une autre conséquence de ce traumatisme majeur, à savoir la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0).

29. Le 17 septembre 2014, l'assureur a informé l'assuré que de l'avis du médecin-conseil, l'IRM réalisée le 25 août 2014 par le Dr C_____ était superposable à celle réalisée en avril 2013. Ainsi, ce nouveau rapport du Dr C_____ n'apportait aucun élément nouveau et important permettant de remettre en cause les conclusions de la Dresse Q_____, experte-rhumatologue. Quant au rapport du 9 juillet 2014 du Dr K_____, il serait prochainement soumis au Dr R_____ pour appréciation.
30. Le 17 octobre 2014, l'assuré a proposé à l'assureur de mettre sur pied une expertise extra-judiciaire et consensuelle en faisant appel à des experts désignés d'un commun accord.

31. le 25 novembre 2014, l'assureur a accusé réception du courrier de l'assuré du 17 octobre 2014, ajoutant qu'il avait pris note de son renoncement à produire d'autres rapports médicaux.
32. Le 5 mars 2015, l'assureur s'est référé à l'incapacité de travail « débutée le 31 mars 2013 » en rappelant à l'assuré que sa couverture d'assurance lui permettait de bénéficier de 730 jours de prestations sous déduction d'un délai de deux jours.

En conséquence, ses indemnités journalières prendraient fin le 30 mars 2015 pour la tranche 1-30%, le droit aux prestations d'assurance étant épuisé à cette date. En revanche, la couverture d'assurance était maintenue pour la capacité de travail résiduelle de 31-100%, ce qui correspondait à une indemnité journalière maximale de CHF 91.75, l'indemnité actuelle étant de CHF 131.05.
33. Par décision sur opposition du 6 mars 2015, l'assureur a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 29 avril 2014, motif pris que les deux rapports médicaux annexés au courrier de l'assuré du 28 août 2014 ne permettaient pas de remettre en cause les conclusions de l'expert psychiatre, ni celles de l'experte rhumatologue.
34. Le 23 avril 2015, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours à l'encontre de la décision du 6 mars 2015 et conclu au versement des pleines indemnités journalières qui lui revenaient à hauteur de « 720 jours » (sic), sous déduction des indemnités journalières déjà versées. Il a également prié la chambre de céans de lui impartir un long délai pour compléter ses écritures, précisant qu'il verserait à la procédure des attestations récentes confirmant qu'il était incapable de reprendre son emploi de nettoyeur, respectivement toute activité.
35. Le 18 mai 2015, l'avocat du recourant a informé la chambre de céans qu'il n'était plus constitué pour la défense des intérêts de son client et que le nouveau conseil de celui-ci se chargerait du suivi de l'affaire en cours.
36. Le 16 juin 2015, le recourant, représenté par son nouveau conseil, a complété son recours et persisté dans ses conclusions au fond. Il a sollicité, à titre préalable, l'audition des Drs K_____ et T_____, rhumatologue, ainsi que la mise sur pied d'une expertise judiciaire bi-disciplinaire psychiatrique et rhumatologique incluant un consilium.

L'expert psychiatre avait fixé l'incapacité de travail à 30% sans réellement motiver sa position, sur la base des limitations fonctionnelles découlant de l'état de stress post-traumatique (ci-après : ESPT) et d'une possible irritabilité entravant le recourant dans ses rapport sociaux et une anxiété entravant le processus de pensée.

L'expert avait pourtant retenu également des cauchemars itératifs à thème de violence, des reviviscences diurnes, des comportements d'évitement, des troubles du sommeil et une augmentation de la vigilance. Par ailleurs, le recourant avait évoqué un grand nombre de difficultés qui n'avaient pas été discutées telles que : absence de force, tristesse permanente, diminution de l'énergie, perte de confiance en lui totale, présence d'idées de mort, troubles du sommeil, diminution de la

libido, troubles de la concentration et de la mémoire, angoisse, tension et perte d'espoir. Même si le recourant et son conseil n'étaient pas psychiatres, les symptômes évoqués, analysés à la lumière de la CIM-10, allaient dans le sens d'un état dépressif grave. Or, il était généralement reconnu qu'un état dépressif grave était expressément invalidant.

Quant à l'experte rhumatologue, elle retenait des limitations fonctionnelles relatives au port de charges lourdes notamment pour 5 à 10 kg en permanence ainsi que l'impossibilité de travailler en porte à faux cervical et lombaire. Malgré cela, elle estimait que le travail de concierge et nettoyeur tel que décrit par le recourant était encore possible. Or, c'était méconnaître les réalités de ce travail, notamment le fait que le recourant portait alors en permanence un aspirateur professionnel lourd sur le dos, se déplaçait avec ce chargement sur de grandes surfaces (nettoyage d'écoles), se penchait, etc.

En outre, le recourant reprochait également à l'intimée d'avoir choisi de mandater un expert psychiatre et un expert rhumatologue qui n'exerçaient pas dans un même centre médical, rendant ainsi la possibilité d'un consilium très difficile. En l'espèce, cette difficulté d'ordre pratique s'était manifestée dans le cas concret puisqu'aucun consilium n'avait eu lieu entre les deux experts.

Enfin, le recourant a produit un rapport médical du 12 décembre 2014 de la Dresse T_____. Ce médecin avait vu le recourant à deux reprises les 18 novembre et 4 décembre 2014. Actuellement, il se plaignait principalement de douleurs paracervicales gauches irradiant dans l'hémicrâne gauche. Ces douleurs étaient constantes et ne répondaient pas aux traitements effectués jusqu'à présent. À l'examen clinique de novembre 2014, la Dresse T_____ avait noté un important syndrome vertébral cervical avec une très nette limitation de la mobilité dans tous les plans. Il existait également des douleurs à la mobilisation passive et active de l'épaule gauche. Les cervicobrachialgies gauches apparues suite à l'accident du mois de novembre 2012 étaient irritatives et très importantes. Ces douleurs étaient associées à des signes cliniques de tendinopathie de la coiffe des rotateurs à gauche et de névrite ulnaire gauche. Depuis cet accident, le recourant présentait également des lombosciatalgies gauches qui ne répondaient que partiellement aux infiltrations et aux différents traitements. Pour toutes ces raisons, le recourant présentait des limitations fonctionnelles qui se manifestaient par l'impossibilité de rester assis ou debout longtemps et le besoin de changer de position fréquemment. Il ne pouvait pas effectuer de travaux lourds, porter des charges ni effectuer des mouvements répétés avec le membre supérieur gauche. Sa capacité de travail actuelle était nulle dans l'activité habituelle de nettoyeur.

37. Après s'être vue accorder une prolongation de délai – d'un mois à chaque fois – à trois reprises pour produire sa réponse au recours, l'intimée a informé la chambre de céans que le rapport du 12 décembre 2014 de la Dresse T_____, produit par le recourant le 16 juin 2015, avait été transmis à la Dresse Q_____ mais que cette dernière n'avait pas encore pris position à ce sujet.

38. Par communication du 14 septembre 2015, la chambre de céans a fait savoir à l'intimée qu'un délai supplémentaire ne lui serait pas accordé. Aussi a-t-elle invité l'intimée à déposer sa réponse dans les limites de la dernière prolongation de délai impartie à cet effet, soit au 16 septembre 2015.
39. Par réponse du 16 septembre 2015, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au déboutement du recourant de toutes ses conclusions et à la confirmation de la décision du 6 mars 2015. Préalablement l'intimée a conclu à la suspension de la procédure jusqu'à la prise de position de la Dresse Q_____ et, cela fait, à l'octroi d'un délai pour compléter ses écritures et produire des pièces justificatives complémentaires.

Les expertises qu'elle avait diligentées étaient complètes et ne contenaient ni lacune ni contradiction. Elles étaient motivées et tenaient compte des plaintes de l'assuré et de l'ensemble des pièces déterminantes du dossier. Dès lors que les rapports d'expertise des Drs R_____ et Q_____ remplissaient tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître valeur probante, c'était à bon droit que l'intimée avait reconnu au recourant une capacité de travail de 70% dans son activité habituelle dès le 5 mai 2014. Ainsi, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bi-disciplinaire psychiatrique et rhumatologique ne se justifiait pas plus que les autres mesures d'instruction requises par le recourant.

Il importait de souligner que l'intimée avait appris, après le dépôt du recours, que le recourant figurait sur la liste des joueurs de son club de football de ligue amateur (catégorie seniors), le U_____, soit en tant que remplaçant (match du 29 août 2013 face au T_____ ; pièce 43 p. 3 intimée), soit en tant que titulaire au poste d'arrière latéral gauche ou droit (matchs du 4 octobre 2013, 16 avril 2015, 8 et 21 mai 2015 ; pièces 44 et 45 intimée). Lors du match du 8 mai 2015 opposant son club au T_____, le recourant avait même écopé d'un avertissement (carton jaune) à la 30^{ème} minute du match (pièce 44 intimée).

40. Par écriture spontanée du 8 octobre 2015, le recourant a pris position au sujet des allégués 47 à 50 de l'intimée relatant ses activités footballistiques. Le U_____ constituait un pilier important de son équilibre et le seul lieu où il avait encore quelques contacts sociaux. Il ne contestait pas qu'il lui arrivait de prendre part à un match mais sa participation était pour le moins symbolique. Il entrait une dizaine de minutes sur le terrain et participait aux matchs selon ses moyens physiques, non sans difficultés. Il existait une différence importante entre le fait de disputer une rencontre de football senior durant une dizaine de minutes et l'exercice d'une activité professionnelle exigeante sur le plan physique et psychique, impliquant un rendement soutenu huit heures par jour.
41. Le 12 octobre 2015, l'intimée a produit la prise de position de la Dresse Q_____ du 9 octobre 2015, se rapportant à l'avis de la Dresse T_____ du 12 décembre 2014.

Selon l'experte, la rhumatologue traitante avançait « vaguement deux faits qui pourraient sembler nouveaux au point de modifier [ses] conclusions », soit la présence d'une névrite ulnaire au coude gauche ainsi qu'une tendinopathie de la coiffe à l'épaule gauche.

S'agissant de la névrite ulnaire, les arguments de la Dresse T_____ se basaient sur les plaintes subjectives du recourant et une simple IRM. Or, une IRM permettait très éventuellement d'objectiver une compression nerveuse mais elle ne permettait pas de poser le diagnostic de névrite ulnaire car cette affection était une irritation nerveuse qui s'observait à l'électro-neuro-myogramme (ENMG). Par ailleurs, les plaintes étant nouvelles, apparues quelque mois après l'expertise, une éventuelle « compression » n'entraînerait, quoi qu'il en soit, qu'une atteinte anatomique particulièrement limitée, occasionnant, dans le cas d'un trouble récent, tout au plus une petite gêne lors de certains mouvements mais pas une limitation fonctionnelle allant jusqu'à un arrêt de travail.

Sur le plan médico-théorique, une névrite ulnaire débutante – si elle est avérée – se manifestait par des algies superficielles lors de certains mouvements mais les personnes ne s'arrêtaient pas de travailler pour autant, si ce n'est durant deux à trois semaines suite à une chirurgie locale de décompression (neurolyse). Or, dans le cas d'espèce, la Dresse T_____ n'avait fait ni ENMG ni prescrit de neurolyse. En conclusion, le diagnostic – supposé – de névrite ulnaire, posé par ce médecin ne permettait pas de modifier les termes de l'expertise

Quant à la tendinopathie de la coiffe, la Dresse T_____ se basait sur les seules plaintes et la limitation de mouvements à l'examen clinique. Or, cette limitation était on ne peut plus simple à « produire par la volonté », l'examen clinique ne rapportant pas de signes spécifiques d'une atteinte particulière. L'experte relevait également qu'il n'était pas fait mention d'un examen paraclinique, par exemple par IRM, à l'appui de ce diagnostic. Quant aux plaintes, elles étaient bien entendu subjectives. Là encore, les « faits » nouveaux ne permettaient pas de conclure à une atteinte à la santé susceptible de produire un effet sur la capacité de travail.

42. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 14 octobre 2015, l'intimée a indiqué que c'était son médecin-conseil qui avait décidé de mettre en œuvre une expertise. Elle avait mandaté la clinique Corela pour l'expertise rhumatologique et le Dr R_____ pour l'aspect psychiatrique. Elle s'engageait à verser l'avis du médecin-conseil au dossier. Sur le fond, elle ne contestait pas que l'accident du 8 novembre 2012 avait réactivé l'état de stress post-traumatique.

L'assuré a confirmé pour sa part avoir connu des problèmes psychiatriques à son arrivée en Suisse, lesquels avaient motivé un traitement chez le Dr K_____. Une amélioration s'en était suivie et il avait commencé à travailler en 2008 jusqu'à son accident du 8 novembre 2012. Outre une entorse cervicale, cet événement avait été à l'origine d'une récurrence de ses problèmes psychiatriques. La SUVA n'avait pas admis le lien de causalité entre les troubles psychiatriques et l'accident et elle avait

payé des indemnités journalières jusqu'au 30 mars 2013. Pour les troubles somatiques, la SUVA avait jugé qu'il n'y avait pas d'atteinte incapacitante et qu'il existait, en outre, des lésions dégénératives antérieures à l'accident. L'assuré a ajouté que son état de santé ne s'améliorait pas, qu'il avait des douleurs dans la nuque, dans la jambe et la tête. Il avait fait des tentatives de reprendre le sport, activité importante à ses yeux, mais il n'y arrivait pas. Son conseil a précisé que de l'avis du Dr K_____, l'activité sportive faisait partie du traitement et qu'elle était extrêmement importante dans le cas du recourant. Il faisait beaucoup de sport « en tant qu'automédication » mais l'accident avait ruiné ses efforts. L'assuré a également confirmé avoir déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, précisant qu'il n'en connaissait pas l'issue à ce jour. Il avait cependant « été convoqué à Vevey » dans le cadre de l'instruction du dossier par l'OAI.

Enfin, l'assuré a produit un courriel du 9 juillet 2015 ainsi qu'un rapport médical du Dr K_____ du 12 août 2015.

Dans le premier document, le Dr K_____ indiquait avoir pris connaissance de l'expertise du Dr R_____, précisant qu'il ne partageait pas du tout l'avis de l'expert. Contrairement à ce dernier, il était d'avis que l'état de stress post-traumatique était redevenu très envahissant et incompatible, à lui seul, avec la reprise d'une activité professionnelle. Quant au trouble de modification durable de la personnalité (F62.0), il était « massif et avéré ». Enfin, les références bibliographiques surannées du Dr R_____ montraient que celui-ci n'était manifestement pas spécialisé ni même familier avec la problématique de l'état de stress post-traumatique.

Dans son rapport médical du 12 août 2015, le Dr K_____ a précisé qu'il partageait l'avis de l'expert au sujet du diagnostic d'état de stress post-traumatique mais qu'actuellement, la problématique était beaucoup plus complexe et intriquée : dans l'intervalle avant l'accident, le recourant avait certainement, selon son entourage, présenté une modification durable de la personnalité après une expérience de traumatisme (F62.0). Actuellement, il en gardait certains traits et il y avait des exacerbations fréquentes du stress post-traumatique ainsi qu'une dépression moyenne à sévère (F32.2 ou F32.3 selon les moments) avec une forte composante anxieuse.

Le Dr K_____ s'est en outre employé à décrire la situation de santé actuelle et son évolution depuis son rapport à l'OAI du 24 février 2014 : malheureusement, l'état de santé du recourant n'avait pratiquement pas évolué depuis lors, en dépit d'un traitement médicamenteux adapté. Il avait ainsi continué de présenter jusqu'au 12 août 2015, date du dernier contrôle, une réactivation du syndrome de stress post-traumatique (F43.1) avec en particulier cauchemars, irritabilité, réminiscences intrusives, difficultés à communiquer avec son entourage avec mise en danger de son couple. Alors que l'exercice intense lui avait permis de sortir de la première phase de syndrome d'état de stress post-traumatique, cela n'était plus possible depuis l'accident. Les douleurs dans la nuque puis ultérieurement dans d'autres

parties du corps le stoppaient après quelques dizaines de mètres de marche, quelques secondes de course à pied ou quelques minutes de tentative pour nager dans une piscine. Ainsi, les tensions ne trouvaient plus d'exutoire et son état mental s'aggravait progressivement.

43. Le 13 novembre 2015, l'intimée a produit les avis de son médecin-conseil des 18 février 2014 et 6 novembre 2015 ainsi que la prise de position du Dr R_____ du 9 novembre 2015 relative aux derniers documents dus à la plume du Dr K_____, soit le courriel du 9 juillet 2015 et le rapport médical du 12 août 2015.

Le Dr R_____ a expliqué que les références bibliographiques avaient été fournies à titre indicatif mais qu'elles ne devaient pas être prises comme des outils diagnostiques. En d'autres termes, l'expert ne pouvait pas, dans sa démarche diagnostique choisir des critères selon telle étude ou tel article paru récemment. Cela mènerait à une multiplicité de démarches différentes. L'ouvrage qui faisait foi en Suisse était la CIM-10 et l'expertise psychiatrique du 2 avril 2014 témoignait d'un souci constant de s'y référer. Cette expertise suivait les lignes directrices de qualité de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (février 2012) et expliquait pour quelles raisons précises et particulières l'incapacité de travail était de 30% sur le plan psychique. Par opposition, il ne ressortait ni du courriel du 9 juillet 2015 ni du rapport médical du 21 août 2015 pour quelles raisons le recourant serait entièrement inapte à quelque activité que ce soit (absence de mention de limitations fonctionnelles psychiques). Ces deux documents n'apportaient aucun élément objectif médical nouveau susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expertise du 2 avril 2014. De surcroît, le courriel du 9 juillet 2015 ainsi que le rapport médical du 12 août 2015 étaient problématiques, en ce sens qu'ils contredisaient le rapport du même médecin du 24 février 2014 à l'OAI. Enfin, dans l'expertise psychiatrique du 2 avril 2014, la possibilité ultérieure d'une péjoration de l'état de santé du recourant avait été admise expressément. Or, ni le courriel du 9 juillet 2015 ni le rapport médical du 12 août 2015 ne mentionnaient d'éléments médicaux de péjoration depuis le rapport médical AI du 24 février 2014 et donc depuis l'expertise psychiatrique du 2 avril 2014.

Il ressort enfin des avis du docteur V_____, médecin généraliste et médecin-conseil de Groupe Mutuel Assurances, que ce médecin estimait, le 18 février 2014, qu'au vu des diagnostics, ayant une influence sur la capacité de travail, posés par le Dr G_____ dans son rapport du 21 juin 2013, une expertise rhumatologique était indispensable et qu'une expertise psychiatrique pouvait également être demandée par mesure de précaution, en raison du diagnostic de stress post-traumatique, sans effet sur la capacité de travail selon ce même rapport. Après examen du courriel du 9 juillet 2015 et du rapport médical du 12 août 2015 du Dr K_____, le Dr V_____ avait indiqué le 6 novembre 2015 que ces deux documents devaient être adressés pour avis complémentaire au Dr R_____.

44. Par communication du 17 novembre 2015, la chambre de céans a transmis une copie de l'écriture du 13 novembre 2015 au recourant et lui a accordé un délai au 15 décembre 2015 pour faire part de ses observations.

45. Le 4 janvier 2016, le conseil du recourant a, sur le fond, pris position comme suit au sujet du choix de l'intimé de mettre en œuvre deux expertises parallèles effectuées sans consilium en lieu et place d'une expertise bi-disciplinaire : les explications fournies par l'intimée n'en étaient tout simplement pas. Étant donné que le Dr G_____ n'était pas psychiatre, il ne pouvait se prononcer valablement sur les limitations fonctionnelles et les répercussions du syndrome de stress post-traumatique sur la capacité de travail. Au vu des nouvelles pièces produites par l'intimé, notamment l'avis du Dr R_____ du 9 novembre 2015, le recourant sollicitait l'audition du Dr K_____ pour que celui-ci puisse s'expliquer sur les divergences constatées entre le rapport médical du 24 février 2014 d'une part et les documents datés du 9 juillet et du 12 août 2015 d'autre part.

Enfin, le recourant a versé au dossier une attestation du U_____ confirmant sa participation « pour les 3 matchs » (sic) effectués entre 2013 et 2015, pendant une durée très courte (10/15 min) par match du fait de ses capacités physiques limitées. Ces matchs lui avaient fait beaucoup de bien moralement. De 2005 à 2012, le recourant avait été un membre actif et régulier, très impliqué dans la vie du club. Suite à son accident de 2012, il avait cessé de fréquenter le club en dehors des « quelques exceptions » évoquées, le football l'aidant à se changer les idées. Enfin, il convenait de préciser que le temps indiqué sur les feuilles de matchs produites correspondait toujours à l'intégralité du match, soit 80 min pour les équipes seniors, indépendamment du temps réel joué par le joueur.

46. Le 6 janvier 2016, une copie de ce courrier a été transmise pour information à l'intimée.

Par écriture spontanée du 2 février 2016, l'intimée s'en est rapportée à justice s'agissant de la prise en compte des dernières observations du recourant, produites tardivement. Quoi qu'il en soit, l'intimée réitérait sa position en ce sens que l'audition du Dr K_____ ne se justifiait pas. Quant à l'attestation du U_____ produite le 4 janvier 2016 par le recourant, elle paraissait forgée pour les besoins de la cause. En effet, l'intimée ne saisissait pas les raisons qui pouvaient pousser un club à faire entrer sur le terrain un joueur seulement pour quelques minutes. Il convenait au contraire de se fonder sur les documents neutres de l'Association cantonale genevoise de football (pièces 43 à 45 intimée).

47. Le 3 février 2016, une copie de ce courrier a été transmise au recourant et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

b. En l'espèce, les contrats d'assurance-maladie collective et individuelle prévoyant le versement par l'intimée d'une indemnité journalière perte de gain, auxquels le recourant a été soumis jusqu'au 30 juin 2014, respectivement à partir du 1^{er} juillet 2014 renvoient expressément à la LAMal (cf. pièces 4 à 6 intimée). Il s'agit par conséquent d'une assurance facultative d'indemnités journalières au sens des art. 67 ss LAMal, pour laquelle la chambre de céans est compétente.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE – E 5 10]). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA ; art. 89c let. a LPA-GE).

En 2015, le dimanche de Pâques tombait le 5 avril. Après réception de la décision sur opposition le 9 mars 2015, le délai de recours a commencé à courir le lendemain avant d'être suspendu du 29 mars au 12 avril. Ayant repris son cours le 13 avril, il est arrivé à échéance le 23 avril 2015. Posté le dernier jour du délai, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

4. L'objet du litige porte sur le point de savoir si le versement des indemnités journalières par l'intimé doit être maintenu à 100% du salaire assuré au-delà du 4 mai 2014. L'intimée ayant versé, « à bien plaisir », des indemnités journalières

entières du 31 mars 2014, date de l'examen psychiatrique par l'expert R_____, au 4 mai 2014, il s'agira de déterminer si le recourant a présenté une incapacité de travail supérieure à 30% du 31 mars 2014 au 30 juin 2014, date à laquelle il était encore assuré dans le cadre de l'assurance collective, et si cette incapacité de travail est demeurée supérieure à ce taux durant la période où le recourant était sans emploi et assuré à titre individuel, c'est-à-dire dès le 1^{er} juillet 2014.

5. a. Toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens de l'art. 68 LAMal (art. 67 al. 1 LAMal dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective (al. 3, 1^{ère} phrase). L'art. 71 LAMal dispose que lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur (al. 1, 1^{ère} phrase).

b. Le versement d'une indemnité journalière est subordonné à l'existence d'une incapacité de travail selon l'art. 6 LPGA (art. 72 al. 2 et 73 al. 1 LAMal).

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

c. Selon le contrat d'assurance collective et individuelle, l'assurance couvre les conséquences économiques d'une incapacité de travail. Le salaire maximal assuré est de CHF 250'000.- par personne et les prestations, qui s'élèvent à 80% du salaire assuré, sont versées durant 730 jours dans une période de 900 jours avec imputation du délai d'attente de deux jours.

Les conditions particulières d'assurance (ci-après : CPA), annexées au contrat d'assurance collective, prévoient que les cas en cours déclarés dans la proposition d'assurance sont repris par l'assureur avec imputation des prestations déjà versées. L'assureur indemnise les sinistres en cours à concurrence du montant de l'indemnité journalière, du délai d'attente et de la durée des prestations prévus par l'assureur antérieur. Les CPA prévoient également qu'en dérogation à l'art. 18 al. 7 des « conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal », édition 2011 (ci-après : CGA), la réapparition ou l'aggravation de la maladie ayant entraîné l'épuisement du droit est assurée, soit pendant 180 jours dans une période de cinq ans.

Selon les CGA, les indemnités journalières versées dans le cadre de l'assurance collective sont imputées sur celles de la couverture dont bénéficie l'assuré en qualité de membre individuel (art. 12 al. 2 CGA). L'indemnité journalière est

allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25% (art. 13 al. 1, 1^{ère} phrase CGA).

d. Selon la jurisprudence, est considéré comme incapable de travailler l'assuré qui, à la suite d'une atteinte à la santé, ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore avec le risque d'aggraver son état (ATF 129 V 53 consid. 1.1; ATF 114 V 283 consid. 1c; ATF 111 V 239 consid. 1b). Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut établir dans quelle mesure l'assuré ne peut plus, en raison de l'atteinte à la santé, exercer son activité antérieure, compte tenu de sa productivité effective et de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger de lui (RAMA 2005 KV n°342 p. 356; ATF 114 V 281 consid. 1 c).

Par ailleurs, le fait de s'être assuré pour une indemnité journalière d'un montant donné et d'avoir payé les primes correspondantes n'ouvre pas forcément le droit au versement de la somme assurée; l'assuré doit encore prouver l'existence d'une incapacité de travail et d'une perte de salaire ou de gain consécutive à la maladie (ATF 110 V 318 consid. 5; RAMA 1990 n° K 829 p. 8 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.129/00 du 20 juin 2001 consid. 2b).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
7. a. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de

l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. En principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

d. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 184 consid. 3.2 ; 128 III 411 consid. 3.2).

Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Au demeurant, il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322, consid. 5a).

Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références).

9. a. Se référant aux rapports d'expertise des médecins rhumatologue et psychiatre mandatés par ses soins ainsi qu'à l'avis subséquent de son médecin-conseil, aux termes duquel la reprise du travail était raisonnablement envisageable à 70% dès le 31 mars 2014, l'intimé a réduit le montant des indemnités journalières allouées au recourant de 100 à 30% dès le 5 mai 2014, ce que ce dernier conteste, notamment en se fondant sur les rapports de ses médecins traitants.

b/aa. Dans son rapport d'expertise rhumatologique du 9 avril 2014, la Dresse Q_____ a conclu, au terme d'examen neurologiques et physiques, notamment du rachis cervical et lombaire ainsi que des membres supérieurs et inférieurs, que les troubles diagnostiqués au niveau du rachis cervical et lombaire, n'empêchaient pas les données des examens d'être rassurantes sur le plan des mobilités rachidiennes-cervicales et rachidiennes-lombaires, l'experte soulignant la nette discordance entre ces données, les activités de la vie quotidienne d'une part, et les plaintes d'autre part (cf. expertise p. 17). Ainsi, la hernie C6-C7 gauche, en phase stabilisée, ainsi que la compression du nerf ulnaire gauche au coude, en phase de rémission retardée (status post neurolyse) étaient sans incidence sur la capacité de travail (expertise p. 13). Les autres diagnostics (discopathie L4-L5, sténose foraminale L5 bilatérale, arthrose interapophysaire L4-L5, toutes en phase stabilisée, ainsi que la hernie discale L5-S1 en phase de rémission retardée) étaient tous sans incidence sur la capacité de travail, l'experte recommandant simplement le port d'une ceinture de soutien lombaire dans l'accomplissement de certaines tâches de l'activité habituelle (nettoyage des escaliers et sortie des poubelles ; cf. expertise p. 53). Dans la mesure où cette activité n'impliquait pas le port de charges lourdes ni de position en porte-à-faux lombaire prolongée, l'incapacité de travail était de 0%, sans diminution de rendement au jour de l'examen, soit le 14 mars 2014 (expertise p. 52-53).

b/bb. Le rapport d'expertise psychiatrique du 2 avril 2014 objective, quant à lui, une réactivation d'un état de stress post-traumatique (F43.0), consécutive à l'accident du 8 novembre 2012. Il précise que les limitations fonctionnelles psychiques découlant de ce diagnostic consistent en une irritabilité (aspect entraînant des difficultés relationnelles) et une anxiété susceptible de perturber les processus de pensée, de sorte qu'il existe, sur le plan psychique, une incapacité de travail de 30%, au plus tard depuis le 23 avril 2013 (début de la prise en charge par le Dr K_____), rendant ainsi exigible l'exercice de l'activité habituelle et d'une activité adaptée (pas de travail en équipe ; l'activité habituelle est adaptée à cet égard) à 70% depuis le 8 novembre 2012.

c. La chambre de céans constate que ces deux rapports d'expertise se fondent sur des examens approfondis, qu'ils prennent en considération les plaintes du recourant et qu'ils ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description du contexte et l'appréciation de la situation médicale sont claires et non contradictoires. Les conclusions sont dûment motivées.

d. Par un premier moyen, le recourant s'en prend à l'expertise psychiatrique en faisant valoir que le Dr R_____ n'aurait pas tenu compte de certains symptômes et plaintes (mentionnés en page 9 du rapport) qui accréditeraient la présence d'un état dépressif grave selon les critères de la CIM-10.

En tant que ces critiques émanent du recourant lui-même, qui n'est pas psychiatre, mais qui tente malgré tout de substituer son appréciation personnelle à celle de l'expert, on saurait d'autant moins conclure à l'existence d'une lacune dans les diagnostics posés par l'expert que ce dernier a précisément fait état des plaintes et symptômes évoqués et qu'il précise, d'une part, que l'exploration anamnétique n'a pas montré de trouble de l'humeur (épisode dépressif, trouble affectif bipolaire, dysthymie; cf. expertise p. 13) et, d'autre part, que le status psychiatrique ne révèle ni signes de fatigue (bâillements, somnolence, temps de latence accru des réponses aux questions), ni humeur franchement déprimée, ni tristesse continue, ni diminution de l'élan vital, ni abattement, ni ralentissement psychomoteur (cf. expertise p. 10). Quant aux troubles de la concentration et de la mémoire rapportés par le recourant, ils « ne se vérifient pas » (cf. expertise p. 12, 3^{ème} paragraphe). Les critiques du recourant se révèlent par conséquent infondées.

e. Par un second moyen, le recourant conteste l'expertise rhumatologique en soutenant que la Dresse Q_____ aurait méconnu les réalités du travail de concierge, notamment le fait qu'il porterait « en permanence un aspirateur professionnel lourd sur le dos » (recours p. 4, point 19) et qu'un examen médical supplémentaire, qu'elle avait elle-même suggéré, n'aurait pas été fait.

Ces objections sont dénuées de pertinence. S'agissant du premier point, on relèvera en premier lieu que le recourant n'allègue pas que ledit aspirateur dépasserait les limites de poids retenues par l'experte au titre des limitations fonctionnelles. En second lieu, le recourant ne formule aucune proposition de preuve pour corroborer

l'existence, les caractéristiques et la fréquence d'utilisation de cet outil de travail qu'on ne retrouve nulle part dans la description de l'activité professionnelle que le recourant a faite lui-même à l'experte en présence d'un traducteur (cf. pièce 25 p. 2 intimée et expertise p. 6, 32 et 33). Au demeurant, le fait de prétendre que le recourant porterait cet aspirateur sur le dos « en permanence » paraît d'autant plus invraisemblable que cet outil de travail ne se justifie objectivement pas pour la plupart des tâches décrites, voire est incompatible avec certaines d'entre elles : conduire le véhicule d'entreprise, sortir les poubelles, nettoyer les vitres, remplacer des ampoules, tondre le gazon, ramasser les feuilles mortes, déblayer la neige etc. Quant à l'activité consistant essentiellement à nettoyer les cages d'escaliers, les escaliers et les vitres, à changer les ampoules et à sortir les poubelles, l'experte précise que le travail en porte-à-faux cervical n'est pas requis de façon prolongée et que le recourant ne rencontre pas, de ce fait de limitations fonctionnelles dans l'emploi habituel (expertise p. 33). À la lumière de ces éléments, on ne saurait faire grief à l'experte d'avoir méconnu les réalités du travail habituel du recourant.

S'agissant enfin de l'examen complémentaire évoqué en page 62 du rapport d'expertise, il doit être mis en perspective avec les explications figurant en amont. L'experte y précise qu'il n'y a pas d'indication chirurgicale à ce jour et que la réalisation d'un électromyogramme et éventuellement d'une radiculographie peut être discutée « en cas d'aggravation de la symptomatologie douloureuse » (expertise p. 48). Or, le recourant n'allègue ni ne prouve qu'une telle aggravation se serait produite. On ne saurait donc prétendre que l'expertise se fonde sur des examens incomplets.

f. Par un troisième moyen, le recourant tente de tirer argument de l'absence de consilium entre les experts.

Dans le présent contexte, caractérisé par l'absence de pathologie incapacitante d'un point de vue somatique, on ne voit guère ce que ce consilium aurait apporté, si ce n'est une motivation de l'incapacité de travail partielle du recourant pour des motifs purement psychiatriques. On signalera pour le surplus que la Dresse Q_____ a expressément écarté le diagnostic de fibromyalgie après examen (cf. expertise p. 57), de sorte que l'on ne se situe pas dans le cas de figure visé par la jurisprudence et la doctrine, qui retiennent qu'il y a lieu d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; Peter HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen, in Praxis 94/2005, p. 2007 ss).

En conséquence, dans le cas particulier, la mise en œuvre de deux expertises indépendantes l'une de l'autre ne saurait remettre en cause les conclusions prises par chaque expert.

g. Le recourant tente également de tirer argument du rapport du 12 décembre 2014 de la Dresse T_____ en tant que celui-ci conclut à une capacité de travail nulle

dans l'activité habituelle de nettoyeur, fondée sur les limitations fonctionnelles induites par les cervico-brachialgies gauches irritatives très importantes et des lombosciatalgies gauches apparues à la suite de l'accident de novembre 2012, associées à des signes cliniques de tendinopathie de la coiffe des rotateurs et de névrite ulnaire gauches.

Toutefois, la Dresse Q_____, dans sa prise de position du 9 octobre 2015, explique en substance de manière convaincante que seuls les diagnostics – supposés – de névrite ulnaire et celui de tendinopathie de la coiffe des rotateurs seraient « nouveaux » mais qu'ils seraient insuffisamment étayés, quoi qu'il en soit. À la lumière de ces explications, la chambre de céans considérera que le rapport du 12 décembre 2014 de la Dresse T_____ ne permet pas de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise de la Dresse Q_____.

h. On signalera également qu'en tant que la Dresse Q_____ évoque une discordance entre les douleurs incapacitantes rapportées par le recourant et les données rassurantes des examens cliniques (cf. expertise p. 60), le décalage entre les limitations fonctionnelles retenues par les médecins traitants et le déroulement d'une journée type du recourant va dans le même sens : malgré l'impossibilité de « rester assis ou debout longtemps » (rapport médical du 12 décembre 2014 de la Dresse T_____) et la présence d'autres restrictions (marche limitée à 5-7 minutes [doit s'asseoir] ; ne peut rien porter ; douleurs après 5 minutes en position assise ; rapport du 21 juin 2013 du Dr G_____ ; pièce 20 intimée), le recourant affirme qu'il fait, le matin, une promenade solitaire le long du Rhône pendant 1,5 heures, accompagne sa fille à l'école en début d'après-midi, va ensuite à la piscine, où il reste 2-3 heures, accompagne son fils cadet à l'entraînement de football deux à trois fois par semaine etc. (cf. expertise psychiatrique p. 8-9) quand il ne participe pas lui-même à des matchs en tant qu'arrière latéral gauche ou droit pour le compte de son club (cf. pièces 43-45 intimée). Quoi qu'il en soit, une éventuelle réduction du temps de jeu à 10-15 minutes par match – au demeurant peu crédible pour un joueur qui n'est pas assis sur le banc des remplaçants mais aligné en tant que titulaire et qui écope, de surcroît, d'un carton jaune à la 30^{ème} minute de jeu – ne diminue pas de manière significative les discordances évoquées dans le présent contexte, puisqu'il est question de l'incapacité de travail du recourant, non pas en tant que joueur de football mais en tant que nettoyeur, respectivement concierge.

i. Le recourant s'en prend également au rapport d'expertise psychiatrique en se fondant sur le courriel du 9 juillet 2015 et le rapport médical du Dr K_____ du 12 août 2015 qui concluent à l'existence d'une incapacité de travail complète en raison de l'état de stress post traumatique. Dans sa détermination du 9 novembre 2015 à ce sujet (pièce 49 intimée), il n'a cependant pas échappé au Dr R_____ que le Dr K_____ indiquait dans son rapport du 12 août 2015 que l'état de santé du recourant n'avait pratiquement pas évolué depuis le précédent rapport, du 24 février 2014 à l'OAI et qu'en conséquence, cet état n'avait pas évolué non plus depuis le rapport d'expertise psychiatrique du 2 avril 2014. Dans ce contexte, il est pour le

moins surprenant que sur la base d'un état de santé quasi inchangé, l'on soit passé d'une situation où « les limitations sont avant tout physiques » (cf. rapport du Dr K_____ du 24 février 2014, point 1.7 ; pièce 24 intimée) à un état de stress post-traumatique « redevenu très envahissant et incompatible avec une reprise de travail » (cf. courriel du 9 juillet 2015). Le Dr K_____ échoue également dans sa tentative de décrédibiliser l'expertise sur la base de la modification durable de la personnalité (F62.0) non retenue par le Dr R_____ : alors qu'il soutient encore, le 9 juillet 2015, que ce diagnostic est « massif et avéré », le recourant n'en conserve plus que « certains traits » dans le rapport du 12 août 2015 (cf. p. 3 dudit rapport). Enfin, la chambre de céans s'abstiendra de prendre position sur la pertinence ou l'actualité des références bibliographiques mentionnées dans le rapport d'expertise, étant rappelé qu'elle n'a pas à départager les écoles médicales opposées, ni à choisir a posteriori la procédure thérapeutique la plus indiquée, ni à se déterminer à la place du médecin (ATF 120 Ib 411, JdT 1995 I 554 ; SJ 1998 I p. 269). En définitive, le Dr K_____ ne fait état d'aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions du Dr R_____.

Dans ces circonstances, les divers rapports du Dr K_____ – par ailleurs contradictoires entre eux – ne remettent pas en cause les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique.

j. On signalera en dernier lieu que la chambre de céans ne saurait se fonder sur les rapports médicaux des médecins traitants, concluant à l'existence d'une incapacité de travail complète dans la profession habituelle du recourant. En plus de présenter des contradictions insurmontables pour certains (cf. rapports du psychiatre traitant ; cf. ci-dessus : consid. 9i) ou de reposer sur des diagnostics mal étayés pour d'autres (cf. rapport de la Dresse T_____, réfuté de manière circonstanciée par l'experte rhumatologue ; ci-dessus : consid. 9g), ils ne satisfont pas à l'ensemble des réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître valeur probante.

10. Compte tenu de ce qui précède, les rapports d'expertise des Drs Q_____ et R_____ emportent la conviction de la chambre de céans et permettent de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant présentait une incapacité de travail de 30%, fondée sur des motifs purement psychiatriques, le 31 mars 2014, date de l'examen par le Dr R_____. L'intimée était par conséquent fondée à réduire la quotité des indemnités journalières de 100 à 30% du salaire assuré à partir du 5 mai 2014.
11. Le recours, mal fondé, sera rejeté.
12. a. L'intimée conclut à l'octroi de dépens.
b. Selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre

d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4). Cette jurisprudence, fondée sur le principe de la gratuité de la procédure de première instance en droit fédéral des assurances sociales, l'emporte sur d'éventuelles dispositions contraires du droit de procédure cantonal.

c. En l'espèce, on ne saurait considérer le recours – même mal fondé – comme téméraire ou ayant été interjeté à la légère. Les conclusions tendant à l'octroi de dépens, prises par l'intimée, au surplus non représentée, seront par conséquent rejetées.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Rejette les conclusions de l'intimée tendant à l'octroi de dépens.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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