

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 novembre 2017

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Di Ferro Demierre, juge, et Mme Silva, assesseuse
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

M._____, à [...], recourant, représenté par Me Jana Burysek, avocate à Lausanne,

et

Y._____, à [...], intimée.

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

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], d'origine D. _____, est arrivé en Suisse en [...]. Il a travaillé dès le 1^{er} février 2000 comme ouvrier (opérateur-régleur sur machine [...]) pour la société E. _____.

A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA). Il était en outre au bénéfice d'une assurance collective d'indemnités journalières en cas de perte de gain, conclue par son employeur auprès d'Y. _____ (ci-après Y. _____ ou l'intimée).

Le 4 juillet 2012, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation en V. _____. Il s'est endormi au volant de sa voiture, laquelle a heurté la barrière du côté droit de la chaussée, avant de faire plusieurs tonneaux et de sortir de la route.

Dans un rapport du 4 juillet 2012, le Dr C. _____, médecin à l'Hôpital général de [...] (V. _____), a attesté une plaie de 5 cm à la tête, sans autre signe de lésion crânienne, ainsi qu'une blessure sur le dos de la main droite avec une excoriation d'un centimètre carré. Le médecin n'a constaté ni symptômes ni signes de commotion et les radiographies auxquelles il avait fait procéder n'ont pas révélé de traumatisme osseux.

A son retour en Suisse, l'assuré a consulté le Dr L. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant. Dans un rapport du 28 août 2012, le médecin a posé le diagnostic de suites de traumatisme cranio-cérébral (avec perte de conscience), avec amnésie et céphalées persistantes, ainsi que de réaction dépressive.

La CNA a pris en charge les suites de l'accident (traitement médical et indemnités journalières pour perte de gain).

Dans un rapport du 10 octobre 2012, la Dresse J._____, spécialiste en neurologie, a retenu les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique associé à une réaction dépressive, de traumatisme cranio-cérébral modéré, de céphalées de type tensionnel chroniques quotidiennes, probablement post traumatisme cranio-cérébral et dans le cadre de la réaction dépressive, ainsi que de suspicion de syndrome d'apnées du sommeil et d'obésité.

Le 13 décembre 2012, le Dr L._____ a fait état d'une évolution favorable au plan somatique, avec disparition presque complète des plaintes et limitations fonctionnelles. Le médecin traitant a par contre constaté la persistance de l'état dépressif.

L'assuré a repris son travail au taux de 50% dès le 1^{er} février 2013 mais il a subi une nouvelle incapacité de travail de 100% dès le 4 février 2013, en raison d'une torsion de la cheville gauche après une glissade sur une plaque de glace.

Le 5 avril 2013, le Dr H._____, psychiatre conseil de la CNA, a examiné l'assuré. Dans un rapport du même jour, il a diagnostiqué un état de stress post-traumatique (F43.1), ainsi qu'un trouble de l'adaptation et une réaction dépressive prolongée (F43.21). Le médecin a reconnu l'existence d'un lien de causalité entre ces troubles et l'accident du 4 juillet 2012.

Après avoir recueilli divers autres avis médicaux, la CNA a mis fin à ses prestations avec effet au 11 août 2013 (décision du 30 juillet 2013 et décision sur opposition du 23 septembre 2013). L'assuré a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui a rejeté le recours par arrêt du 1^{er} juin 2015 (CASSO AA 103/13 - 54/2015). En substance, la Cour de céans a considéré que l'assuré ne présentait plus, en août 2013, de séquelles physiques de l'accident du 4 juillet 2012. Il souffrait en revanche d'un état de stress post-traumatique et d'un trouble de l'adaptation, qui n'étaient toutefois pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. Toujours selon le Tribunal cantonal, en l'absence

d'un tel rapport de causalité, la CNA était en droit de mettre fin à ses prestations. L'assuré a déféré ce jugement devant le Tribunal fédéral, qui l'a confirmé dans un arrêt du 20 avril 2016 (TF 8C_560/2015). La Haute Cour a retenu qu'il était effectivement indéniable que l'assuré avait été affecté de troubles psychiques ensuite de l'accident, de manière précoce et durable, mais que ces troubles ne pouvaient pas être mis en relation de causalité adéquate avec l'accident.

B. L'assuré a repris son activité professionnelle auprès des E._____ dès le 12 août 2013, dans un premier temps à 75%, puis rapidement à 100%.

Le 9 décembre 2014, l'employeur a déclaré à Y._____ que l'assuré se trouvait en incapacité de travail à 50% dès le 20 novembre 2014.

Dans un rapport du 17 décembre 2014 à Y._____, la Dresse B._____, rhumatologue traitante, a confirmé une incapacité de travail à 50% dès le 20 novembre 2014, en raison de douleurs à la nuque et à la cheville, ainsi que d'arthrose digitale, de rhizarthrose et d'épicondylalgies. Elle a joint à son envoi son rapport du 8 décembre 2014 à l'attention du Dr L._____, complété par des notes manuscrites des suites de la consultation du 17 décembre 2014.

Dans un rapport du 20 avril 2015 à l'attention d'Y._____, les Drs X._____ et S._____, respectivement médecin associé et médecin assistant auprès de l'O._____ du R._____ (R._____), [...] (ci-après : O._____), ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F 32.2), depuis décembre 2014, et de syndrome de stress post-traumatique (F43.1), depuis 2012. Les psychiatres ont attesté une incapacité de travail de 100% dès le 24 décembre 2014. Au titre des limitations fonctionnelles, ils ont signalé des difficultés de concentration et une humeur dépressive empêchant l'assuré d'initier des activités, même simples de la vie quotidienne. Les Drs X._____ et S._____ ont indiqué que l'assuré était

suivi à l'O._____ depuis 2012, dans le cadre de rendez-vous réguliers. Ils évaluaient les possibilités de reprise du travail à plein temps dans un délai de quatre à six mois.

L'assuré a été licencié le 27 mai 2015 pour le 31 août 2015. Il a fait valoir auprès d'Y._____ son droit de libre passage dans l'assurance individuelle perte de gain maladie avec effet au 1^{er} septembre 2015.

Le 3 juin 2015, sur conseil d'Y._____, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI), en raison d'une atteinte psychique.

Y._____ a mis en oeuvre une expertise pluridisciplinaire, qu'il a confiée à la Z._____. Aux termes de leur rapport du 15 juillet 2015, les Dresses T._____, rhumatologue, et K._____, psychiatre, ont retenu les diagnostics suivants :

- au niveau du rachis : discopathies dégénératives des disques intervertébraux C4 à C5 et C5 à C6,
- au niveau du poignet et de la main gauches :
 - légère arthrose radio-carpienne et scapho-trapézo-trapézoïdienne,
 - rhizarthrose modérée avec ostéophytose, chondropathie sclérose sous-chondrale,
 - arthrose légère à modérée des interphalangiennes distales prédominant au niveau du 2^{ème} et 3^{ème} rayons avec quelques petites images géodiques,
- au niveau du poignet et de la main droits :
 - arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne modérée avec chondropathie, ostéophytose et sclérose,
 - rhizarthrose modérée,
 - légère arthrose des articulations interphalangiennes proximales des 2^{ème} et 3^{ème} rayons,

- arthrose des articulations interphalangiennes distales de degrés variables, marquée au niveau du 4^{ème} rayon, avec un nodule d'Herberden et lésion géodique,
- remaniement sous-capital du 5^{ème} métacarpien, considéré comme ancien, séquellaire et post-traumatique,
- au niveau de la cheville gauche : séquelles d'une entorse, en 2013,
- au plan psychique : un épisode dépressif moyen sans symptôme somatique.

Au titre des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail, les expertes se sont exprimées en ces termes :

« 3. LIMITATIONS ET INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LE DERNIER EMPLOI

Limitations somatiques

Il n'y a pas de limitation fonctionnelle significative en rapport avec les pathologies dégénératives cervicales, en dehors du port de charges lourdes (jusqu'à 50 kg occasionnellement et/ou 12-25 kg souvent et/ou 5-10 kg en permanence) et très lourdes (< 50 kg occasionnellement et/ou < 25 kg souvent et/ou 5-10 kg en permanence). Celui-ci est définitivement contre-indiqué mais n'est cependant pas rencontré dans l'activité professionnelle habituelle de l'assuré.

Si l'arthrose modérée des poignets et des mains n'est actuellement responsable d'aucune limitation des mouvements, si l'on envisage l'avenir articulaire à long terme, ce type d'activité mériterait d'être modéré à l'avenir, dans le nouvel emploi que l'assuré trouvera. Le port de charges lourdes et très lourdes est limitant dans cette affection dégénérative en raison du risque d'aggravation des lésions mais surtout du risque de lâchage d'objets. Cependant, comme précisé supra, celui-ci n'est pas requis dans l'activité professionnelle antérieure.

Pour la cheville, seule la marche en terrain accidenté est limitée, elle n'est pas rencontrée dans le dernier emploi.

En conclusion, sur le plan de l'appareil locomoteur, aucune limitation n'est retenue dans le travail habituel de l'expertisé.

Limitations des fonctions psychiques

Il est actuellement retenu des limitations des capacités d'adaptation ainsi que du rythme de travail, notamment du fait d'une perte d'intérêt et de plaisir, ainsi que de perturbations du sommeil avec un sentiment d'asthénie.

Incapacité de travail, relevant des indemnités journalières en cas de maladie

Au jour de la présente expertise, soit le 18 juin 2015, l'incapacité de travail est totale pour motif psychiatrique. Dès le 2 juillet 2015, l'incapacité de travail sera de 50% horaire sans impact sur le rendement. Puis, dès le 16 juillet 2015, l'incapacité de travail sera de 0% horaire sans baisse de rendement. L'assuré a été informé des modifications thérapeutiques nécessaires.

A noter ainsi que du point de vue rhumatologique, il n'existe aucune incapacité de travail dans un emploi similaire auprès d'un autre employeur, compte tenu de son licenciement

4. LIMITATIONS ET INCAPACITE DE TRAVAIL DANS UN EMPLOI ADAPTE

Limitations somatiques

- Le port de charges lourdes (jusqu'à 50 kg occasionnellement et/ou 12-25 kg souvent et/ou 5-10 kg en permanence) et très lourdes (< 50 kg occasionnellement et/ou < 25 kg souvent et/ou 5-10 kg en permanence) est définitivement contre-indiqué.
- La marche en terrain accidenté.

Limitations des fonctions psychiques

Actuellement, les limitations des fonctions psychiques sont les mêmes dans tout type d'emploi, mais de manière temporaire.

Incapacité de travail relevant des indemnités journalières en cas de maladie

La question d'un emploi adapté n'est pas pertinente actuellement, en l'absence de limitations prolongées retenues dans le dernier emploi ».

Par décision du 20 juillet 2015, Y. _____ a signifié à l'assuré qu'elle mettrait fin au versement des indemnités journalières au 31 août 2015. L'assureur a notamment retenu qu'à la faveur d'une modification de traitement au plan psychique proposée par les expertes de la Z. _____, une reprise du travail à 50% était raisonnablement envisageable dès le 2 juillet 2015, puis à 100% dès le 16 juillet 2015. Y. _____ indiquait toutefois accepter de poursuivre le versement de pleines indemnités journalières jusqu'au 31 août 2015, afin de laisser le temps à l'assuré d'organiser le changement de médication avec son médecin traitant.

Saisie d'une opposition du 20 juillet 2015, Y. _____ a mené une instruction complémentaire auprès des Desses T. _____ et K. _____, ainsi que du Dr X. _____, lesquels se sont respectivement prononcés les 28 octobre et 23 novembre 2015. Par décision sur opposition du 4 janvier 2016, Y. _____ a confirmé son refus de prester au-delà du 31 août 2015.

C. Par acte du 4 février 2016, représenté par Me Jana Burysek, M. _____ a recouru contre la décision sur opposition du 4 janvier 2016, dont il a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation, en ce sens que le droit aux indemnités journalières dès le 1^{er} septembre 2015 lui soit reconnu, et, subsidiairement, en ce sens que la cause soit renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants. A l'appui de sa contestation, le recourant conteste la valeur probante du rapport d'expertise des Dresses T. _____ et K. _____. Au plan somatique, le recourant estime que les limitations fonctionnelles retenues par les expertes impliquent que l'activité antérieure n'est plus exigible. Au plan psychiatrique, se fondant sur l'avis du Dr X. _____ du 23 novembre 2015, le recourant fait valoir que l'adaptation thérapeutique proposée par les Dresses T. _____ et K. _____ n'est pas adéquate compte tenu des diagnostics potentiellement à traiter, et qu'elle pourrait même comporter des risques. Le recourant fait également grief aux expertes de la Z. _____ de ne pas s'être exprimées sur l'état de stress posttraumatique, avec syndrome douloureux somatoforme post-traumatique. Compte tenu de ces lacunes, le recourant requiert la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

Par réponse du 12 mai 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. Y. _____ estime qu'aucun des éléments apportés par le recourant n'est de nature à remettre en question la valeur probante du rapport d'expertise de la Z. _____, tant au plan somatique que psychiatrique. L'intimée produit un rapport complémentaire du 27 avril 2016 établi par la Dresse K. _____ en réponse à l'avis du Dr X. _____ du 23 novembre 2015, aux termes duquel la psychiatre maintient ses conclusions du 15 juin 2015. Y. _____ joint également à sa réponse un rapport du 9 mai 2016 du Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de la Z. _____, confirmant le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique. S'agissant du diagnostic d'état de stress post-traumatique, le Dr G. _____ s'est exprimé en ces termes :

« Dans son rapport d'expertise, le Docteur K. _____ n'a pas retenu ce diagnostic, car selon son investigation, le traitement mis en place par le psychiatre traitant aurait dû être bénéfique. Le problème

principal de l'intéressé était surtout lié à la perte de son travail et sa crainte de ne pas en retrouver de nouveau.

Le diagnostic d'état de stress post-traumatique paraissait et paraît encore d'autant moins incapacitant que, s'il avait existé, il n'avait pas empêché l'assuré d'exercer son travail entre 2012, année de l'accident, jusqu'avant son licenciement. Or, ce diagnostic va en s'atténuant avec le temps. Les limitations médicales propres à un tel diagnostic d'état de stress post-traumatique, s'il existait encore à l'époque de l'expertise du Docteur K. _____, n'aurait pas empêché la profession d'ouvrier qualifié : alors qu'on peut parfois trouver des incapacités de travail pour ce type de diagnostic lorsqu'il existe une relation entre l'accident et la profession exercée (par exemple, entre un accident de la route gravissime et le métier de chauffeur-livreur), tel ne serait de toute façon pas le cas dans la présente situation de l'intéressé.

Les différents rapports que vous avez donnés à lire par la suite, par exemple celui du 23 novembre 2015 du Docteur X. _____, psychiatrie et psychothérapie, ne sont pas plus explicites. Celui-ci se contente en effet de dire de poursuivre le traitement du diagnostic d'état de stress post-traumatique par EMDR [Eye Movement Desensitization And Reprocessing (désensibilisation et retraitement des informations avec l'aide de mouvements oculaires)]. On peut simplement penser que le médecin a estimé qu'il existait des symptômes résiduels ou encore qu'il voulait finir sa psychothérapie, mais il est impossible de faire une relation entre ce diagnostic et une incapacité de travail.

Par ailleurs, il n'existe aucunement de « symptômes classiques » d'un état de stress post-traumatique chez l'assuré, encore moins rapportés sous la plume des médecins traitants : un « syndrome douloureux somatoforme post-traumatique » n'est pas une entité diagnostique connue et décrite au sens de l'ICD-10. On peut aisément comprendre que l'intéressé rapporte son syndrome douloureux à son accident. Toutefois, comme montré dans l'expertise du 18 juin 2015, quelle que soit leur cause, les douleurs rapportées par l'assuré ne remplissent pas les critères jurisprudentiels pour les décrire comme invalidantes.

Pour conclure, il n'existe pas de faits nouveaux susceptibles d'amener une modification des termes de l'expertise susmentionnée ».

Par réplique du 7 juillet 2016 et duplique du 26 août 2016, le recourant et l'intimée ont respectivement maintenu leurs conclusions, l'intimée estimant que le dossier était suffisamment instruit et ne nécessitait pas de complément d'instruction.

D. Sur réquisition du juge instructeur, l'OAI a produit son dossier le 20 septembre 2016, au sein duquel se trouvent notamment :

- un rapport du Dr X. _____ du 7 juillet 2015,
- un avis du 18 février 2016 de la Dresse F. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR),

- et un rapport du Dr X. _____ du 6 juin 2016.

Par courrier du 1^{er} novembre 2016, le juge instructeur a fait savoir aux parties que, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, il estimait la cause suffisamment instruite au plan somatique. En revanche, il ordonnait une nouvelle expertise au plan psychiatrique, qu'il entendait confier au Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le Dr Q. _____ a consigné ses constatations et conclusions dans un rapport d'expertise du 28 avril 2017, auquel il a notamment joint un projet thérapeutique du 21 mars 2015 de O. _____, ainsi que des rapports établis les 2 mai et 26 juillet 2005 par les Dresses W. _____ et U. _____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin-assistante au O. _____. Le Dr Q. _____ a retenu les diagnostics de trouble état de stress post traumatique (F43.1) et d'épisode dépressif moyen, chronique (F32.1). Au chapitre « Synthèse et conclusion », l'expert s'est exprimé en ces termes :

« M. M. _____ est un ressortissant [...] de 5[...] ans, marié et sans enfant. Son épouse a eu une fille d'un premier lit que l'assuré dit considérer comme la sienne ainsi que comme ses petites filles les deux enfants de cette dernière. M. M. _____ ne rapporte pas de problèmes tant conjugaux que familiaux.

Au départ, les antécédents ne sont pas particulièrement traumatiques ou carencés. Un premier fait nouveau au dossier est la notion d'une agression et de menaces de mort auxquelles l'intéressé a été exposé dans son pays en 1992. C'est pour ce motif qu'il a dû fuir la D. _____ puisqu'il se savait à juste titre à risque d'être tué. La suite est faite d'autres traumatismes psychiques (assassinat du père, découverte de son cadavre enseveli dans des conditions sordides, nouvelle agression en 2005 puis l'accident du 04.07.2012 et, dans une moindre mesure, une distorsion de la cheville du 04.02.2013 dans les premiers jours de la reprise du travail).

Au terme de cette évaluation difficile, le soussigné est arrivé à la conviction que M. M. _____ a présenté un trouble état de stress post traumatique dès 1992 et que ce trouble a évolué vers une rémission spontanée au moins partielle. Le trouble a été réactivé par les traumatismes psychiques qui ont suivi. Il a pris ses galons de chronicité depuis 2014 dans un contexte où l'intéressé n'était plus à même de fournir les performances professionnelles qu'il avait pu fournir jusque-là.

Au vu de ce qu'il a observé et de ce qu'on trouve au dossier, le soussigné considère qu'il est justifié de retenir une incapacité de

travail psychiatrique de 50% depuis le 20.11.2014. Dans la mesure où l'on ne tient compte que de ce qui est strictement médical, un 100% d'incapacité de travail n'a vraisemblablement jamais été justifié dans la durée. Le soussigné s'écarte de l'appréciation psychosociale des médecins psychiatres traitants.

Pour l'expert, force est de constater que l'évolution favorable prédite par les experts Z. _____ suite à la modification du traitement qu'ils préconisaient ne s'est jamais réalisée. Ce qu'on sait aujourd'hui de l'histoire de l'intéressé démontre que sa problématique est complexe et qu'elle va bien au-delà d'un trouble qui pourrait répondre de façon quasi miraculeuse à une simple médication psychotrope, quelle qu'elle soit.

Pour l'expert, ce 50% d'incapacité psychiatrique est resté globalement constant depuis le 20.11.2014, même s'il y a eu des hauts et des bas de faible amplitude. Il est vraisemblablement fixé pour une longue durée.

Actuellement, le traitement est adéquat tant en qualité qu'en quantité. Tout ce qui est préconisé face à une telle pathologie a d'ores et déjà été appliqué chez un assuré qui paraît observant de ce qui lui est proposé. L'expert n'a rien à suggérer de plus dans ce cas.

Des mesures professionnelles n'ont guère de sens chez un sujet qui ne se projette plus dans le monde ordinaire du travail depuis des années. L'expert psychiatre n'a pas d'activité adaptée à proposer dans ce cas.

Au vu de la nature et de la durée des troubles de M. M. _____, le pronostic psychiatrique est celui de la chronicité. Ce tableau clinique devrait rester stable pendant des années. »

Par écritures des 24 mai et 15 juin 2017 pour le recourant, et du 24 mai 2017 pour l'intimée, les parties ont fait valoir leurs déterminations relatives au rapport d'expertise du Dr Q. _____. Le recourant a notamment requis un complément d'expertise.

Le 26 mai 2017, le juge instructeur a fait savoir aux parties que, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, le complément d'expertise sollicité par le recourant ne paraissait pas nécessaire, de sorte qu'il était rejeté.

Endroit :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, sous réserve de dérogations expresses (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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent. Pour le surplus, répondant aux exigences formelles prévues par la loi (en particulier l'art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non

critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières selon la LAMal de la part d'Y._____ pour la période courant dès le 1^{er} septembre 2015. Le droit aux prestations pour la période antérieure n'est pas compris dans l'objet du litige. En effet, l'intimée a admis le droit aux indemnités journalières à 100% jusqu'au 31 août 2015 et sa décision sur ce point est entrée en force, les conclusions du recourant ne portant pas sur cette période.

3. Le recourant bénéficie d'une assurance d'indemnité journalière au sens de l'art. 67 al. 1 LAMal (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015 et applicable en l'espèce ; ATF 130 V 445 consid. 1.2.1).

a) L'art. 72 al. 2 LAMal prévoit que le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque la personne assurée a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 13 al. 1 des Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal (BE - Edition 01.01.2011), Y._____ alloue l'indemnité journalière en cas d'incapacité de travail à partir de 25%. Selon l'art. 7 al. 1 des mêmes conditions générales, elle est versée pour une ou plusieurs incapacités de travail durant 730 jours dans une période de 900 jours.

b) Dans l'assurance facultative d'indemnité journalière en cas de maladie, la notion d'incapacité de travail correspond à celle définie à l'art. 6 LPGA (auquel renvoie l'art. 72 al. 2 LAMal). Selon cette disposition, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

Selon la jurisprudence, le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage ; ATF 129 V 460 consid. 4.2 ; 114 V 281 consid. 1d). Ce principe a été codifié à l'art. 6, 2^e 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*, 3^e édition, Bâle 2016, n° 1461 ss, p. 841-842).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables — de nature clinique ou diagnostique — qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (cf. TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 précité loc. cit.; cf. également TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de santé donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_418/2012 du 30 août 2012 consid. 4 ; 9C_25612011 du 23 novembre 2011 consid. 3.1).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références citées).

5. Dans le cas d'espèce, l'intimée a principalement fondé la décision litigieuse sur les conclusions des Dresses T._____ et K._____. Elle a retenu qu'après avoir présenté une incapacité de travail de 50% dès le 20 novembre 2014, puis de 100% dès le 24 décembre 2014, l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 50% dès le 2 juillet 2015, puis de 100% dès le 16 juillet 2015, dans son activité antérieure, laquelle demeurait adaptée à ses limitations fonctionnelles. Afin de laisser le temps à l'assuré d'adapter son traitement en fonction des recommandations des experts, Y._____ a toutefois fixé la fin du droit aux prestations au 31 août 2015.

Pour sa part, le recourant soutient qu'il présente toujours une totale incapacité de travail lui donnant droit à la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 31 août 2015. Il conteste au surplus que son activité habituelle demeure adaptée à son état de santé.

6. a) Au plan somatique, la Dresse T._____ a retenu que l'assuré présentait des lésions dégénératives au niveau du rachis cervical (discopathies C4 à C5 et C5 à C6) et des deux mains et deux poignets (arthrose et rhizarthrose), ainsi que des séquelles d'une entorse à la cheville gauche. En raison de ces atteintes, l'assuré devait éviter le port de charges lourdes et très lourdes, de même que la marche en terrain accidenté. De telles aptitudes n'étant toutefois pas requises dans le cadre de son activité antérieure d'opérateur-régleur sur machine à couper l'acier, la Dresse T._____ a estimé que l'assuré ne subissait pas de limitations dans son dernier emploi, de sorte qu'une telle activité restait pleinement exigible.

A ce stade, force est de constater que, sur le plan somatique, le rapport d'expertise de la Z._____ du 15 juillet 2015 est probant. La Dresse T._____, spécialiste en rhumatologie, a pris connaissance des

rapports médicaux établis par ses confrères et du dossier radiologique de l'assuré, avant de procéder à un examen clinique. Elle a étudié de manière circonstanciée les points litigieux, en prenant en compte les plaintes de l'assuré. En outre son appréciation de la situation médicale est claire et ses conclusions sont motivées.

Les diagnostics somatiques retenus dans rapport de la Z._____ sont au demeurant très largement superposables à ceux retenus par la Dresse B._____. Dans son rapport du 17 décembre 2014, la rhumatologue traitante fait état de douleurs à la nuque et à la cheville, d'arthrose digitale, de rhizarthrose et d'épicondylalgies. Seul le diagnostic d'épicondylalgies s'éloigne des conclusions de la Dresse T._____, sans que cela ne permette d'aboutir à une solution différente de celle retenue par l'experte. En effet, la Dresse B._____ n'a fait que mentionner des épicondylalgies, sans plus de précisions quant à la nature de l'atteinte, son importance et ses conséquences sur les capacités fonctionnelles de l'assuré. En outre, la Dresse T._____ a constaté que, selon l'assuré, il n'existait aucune douleur épicondylienne au moment de l'expertise. Lors de son examen du 19 juin 2015, l'experte n'a pas retrouvé de signe d'épicondylite (inflammation des muscles épicondyliens) médiale ou latérale. Les mobilités du coude étaient au demeurant strictement normales. Sur la base de ces éléments, la Dresse T._____ a exclu de manière convaincante toute atteinte aux coudes, émettant l'hypothèse que les séances de physiothérapie préconisées par la Dresse B._____ avaient été efficaces (cf. rapport d'expertise p. 44). On peut donc retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que, pour autant que tel ait été le cas en 2014, l'assuré ne présentait plus de pathologies incapacitantes aux coudes en juillet 2015. On relèvera au demeurant que même si cela avait été le cas, cela n'impliquerait pas pour autant des limitations fonctionnelles et une restriction de la capacité de travail plus importantes que celles déjà reconnues en raison des atteintes dégénératives au rachis cervical, aux mains et aux poignets. Quant aux atteintes au niveau du rachis, la Dresse B._____ a fait état d'un rachis peu limité, souvent douloureux lors de la consultation du 20 novembre

2014, confirmant que lors du contrôle du 17 décembre 2014, le rachis cervical connaissait des limitations très modérées.

Le recourant ne remet d'ailleurs pas en question les constatations médicales des expertes au plan somatique, mais uniquement leurs conclusions quant au caractère adapté de son activité professionnelle habituelle. Les expertes ont toutefois dûment pris en considération les charges que l'assuré devait porter dans son activité antérieure avant de constater qu'elles n'étaient pas contre-indiquées au vu des limitations fonctionnelles retenues. Elles ont ainsi pris note des explications de l'assuré, qu'elles ont retranscrites de manière précise, en ces termes :

« La plaque de métal à usiner pèse 200 à 300 kg. Un engin de levage amène cette pièce auprès de l'investigué, lequel doit tout de même la pousser un peu afin qu'elle soit bien positionnée. Par la suite, des rouleaux tirent cette pièce jusqu'à la machine et cette dernière coupe les pièces. La machine est très rapide puisqu'elle peut couper jusqu'à deux cent quatre-vingt à trois cents pièces par minute. Les pièces tombent dans une corbeille. Chaque pièce mesure 24.5 cm, avec un diamètre de 4 mm.

L'examiné les récupère et les contrôle, notamment la longueur et le diamètre. Il travaille avec des gants, les pièces étant imbibées d'huile. L'ensemble des pièces à contrôler peut atteindre 4 à 7 kg. Le plan de travail est à hauteur de l'ombilic et l'expertisé travaille sur une surface de 1m² au sol au maximum. L'instrument de contrôle se situe à droite. Donc, l'assuré doit effectuer une rotation d'un quart de tour vers la droite pour réaliser cette tâche. Il prend environ cent pièces et en passant son pouce droit, il peut vérifier si elles sont de longueurs identiques puis la machine vérifie le diamètre.

Pendant ce temps, la machine coupeuse continue à couper les pièces. A priori si le premier passage est bon, les autres pièces doivent être au bon calibre.

Pendant 3 heures et 30 minutes, il doit remplir un transpalette de quinze bacs. Ensuite, il emmène le transpalette au maximum à une vingtaine de mètre, puis un autre collègue s'en charge. Lorsqu'il revient, la machine a continué à usiner. Un transpalette contient vingt-quatre mille pièces. Il peut avoir coupé jusqu'à cent mille pièces en une journée.

(...)

Suite à l'accident de 2013 et en raison de la douleur à la cheville, l'intéressé était autorisé à s'asseoir une minute toutes les 15 à 20 minutes sur une chaise haute, ce qui fait une trentaine de minutes par jour ».

Dans un courrier du 28 octobre 2015 en réponse à l'opposition de l'assuré, les Dresses T._____ et K._____ ont précisé que les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport d'expertise ne

concernaient pas le port de charges cumulées sur une journée, mais bien le port de charges maximum pris isolément. L'exigence de l'activité habituelle en matière de charges correspondait à des charges moyennes, alors que seules les charges lourdes à très lourdes étaient contre-indiquées.

Me Burysec ne convainc pas lorsqu'elle fait grief aux expertes de ne pas avoir tenu compte de la réalité du travail exercé jusqu'alors par son client. C'est en effet de manière erronée qu'elle affirme que les pièces prises en charge par l'assuré pèsent entre 4 et 7 kg chacune. Les expertes ont retenu que chaque pièce mesurait 24,5 cm pour un diamètre de 4mm, ce qui n'a pas été contesté par le recourant. Il n'est donc pas plausible qu'une seule pièce pèse plusieurs kilos, mais tout au plus quelques dizaines de grammes. Cela étant, le recourant n'apporte aucun élément de nature à remettre sérieusement en question les constatations des expertes quant au caractère adapté de son ancienne activité. Il n'a en particulier pas démontré que son activité nécessitait le port de charges lourdes ou très lourdes. On retiendra ainsi comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que dite activité n'exigeait pas des ports de charges supérieures aux limitations fonctionnelles retenues et qu'elle restait ainsi exigible, au plan somatique.

Sur ce point, le recours est mal fondé.

b) Au plan psychiatrique, la Dresse K._____ a retenu que le recourant souffrait d'un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique. Elle a précisé qu'au moment de l'examen psychiatrique, le 18 juin 2015, l'intéressé présentait des limitations au niveau de ses capacités d'adaptation, de son rythme de travail, notamment du fait d'une perte d'intérêt et du plaisir, ainsi que de perturbations du sommeil avec un sentiment d'asthénie. Ces limitations étaient identiques pour tout type d'emploi. Si la Dresse K._____ a admis que, de ce fait, l'assuré présentait une totale incapacité de travail au jour de l'expertise, elle a estimé que, moyennant une adaptation du traitement médical, l'intéressé

recupèrerait une capacité de travail de 50% dès le 2 juillet 2015, puis de 100% dès le 16 juillet 2015.

Dans un rapport complémentaire du 28 octobre 2015 déposé en cours de procédure d'opposition, la Dresse K._____ a indiqué que, certes, quatre signes de Waddell sur cinq avaient été retrouvés lors que l'examen clinique de juin 2015, mais qu'en présence de deux critères majeurs et de quatre critères mineurs de la dépression, il était justifié de retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen. La psychiatre a précisé qu'après adaptation de la thérapeutique psychotrope, une rémission significative des symptômes cliniques relevés devrait être mise en évidence dans un délai de quatre à six semaines. Elle a en outre fait grief à l'assuré de n'avoir pas démontré au moyen de monitorings que la modification de médication proposée avait bien été suivie et était régulièrement respectée.

A l'instar du recourant, force est de constater qu'à aucun moment, la Dresse K._____ n'a discuté le diagnostic de syndrome post-traumatique, alors qu'il avait été précédemment posé par plusieurs médecins. Tel est le cas de la Dresse J._____ (cf. rapport du 10 octobre 2012) et du Dr H._____, lequel a reconnu une relation de causalité entre l'état de stress post-traumatique et l'accident de 2012 (cf. rapport du 5 avril 2013). De leur côté, les Drs X._____ et S._____ ont également observé un syndrome de stress post-traumatique (F43.1) depuis 2012, associé à un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F 32.2) (cf. rapport du 20 avril 2015, en possession de la Dresse K._____). Dans un rapport du 7 juillet 2015 à l'OAI, le Dr X._____ a confirmé l'état de stress post-traumatique, qu'il a jugé complexe, avec somatisation. Il a constaté que son patient exprimait des plaintes typiques d'un état de stress post-traumatique, caractérisées par des flash-backs, des ruminations, des conduites d'évitement et un retrait important. Le psychiatre a également observé des symptômes de type dépressif, comme l'aboulie, l'anhédonie, la perte d'énergie, la diminution de la libido, le sentiment de culpabilité et les angoisses. Dans son rapport du 23 novembre 2015, le Dr X._____ a précisé que son patient souffrait certes

de symptômes dépressifs, voire d'un épisode dépressif, mais que le problème principal était l'état de stress post-traumatique, dont il présentait les symptômes classiques. C'est notamment en raison de la présence de cette atteinte que le Dr X. _____ a estimé que l'adaptation de traitement proposée par la Dresse K. _____ n'était pas adaptée, voire risquée. Le 6 juin 2016, le Dr X. _____ a confirmé la persistance des somatisations et des symptômes d'état de stress post-traumatique, ainsi que des symptômes dépressifs. Si ces derniers avaient connu une légère amélioration, l'évolution n'avait pas été spectaculaire et restait sans effet sur la capacité de travail, toujours nulle, selon le psychiatre traitant.

En définitive, la Dresse K. _____ a complètement ignoré la problématique du syndrome post-traumatique alors que les éléments en sa possession nécessitaient un examen sur ce point. On ne peut pas retenir que la Dresse K. _____ a réfuté le diagnostic de syndrome post-traumatique, puisqu'elle ne l'a même pas discuté. La Dresse K. _____ s'est en outre déterminée sur un dossier incomplet. Elle n'avait à sa disposition que le rapport du Dr X. _____ du 24 décembre 2014. Alors même qu'il ressortait de ce document que l'O. _____ suivait l'assuré depuis 2012, la Dresse K. _____ n'a pas pris la peine de solliciter les rapports antérieurs à 2015, ni de se renseigner autrement auprès des médecins de l'unité. Son analyse de la capacité de travail en relation avec l'état dépressif, ainsi qu'avec caractère curable de cette affection moyennant une adaptation du traitement ne convainc pas non plus, puisqu'elle néglige les interactions entre le trouble dépressif et le syndrome post-traumatique. Dans ces conditions, les lacunes sont telles que le rapport d'expertise de la Z. _____ ne revêt, sur le plan psychiatrique, aucune valeur probante.

Le complément apporté par le Dr G. _____ le 9 mai 2016 n'est pas davantage probant. Le Dr G. _____ n'était pas expert dans ce dossier, dont il donne une lecture sommaire et imprécise. On ignore dans quelle mesure sa détermination représente sa propre interprétation du rapport établi par la Dresse K. _____, sans connaissance du dossier ni examen clinique, et dans quelle mesure elle reflète le contenu de

conversations téléphoniques et d'échanges de courriers électroniques avec la Dresse K._____, dont il ne produit d'ailleurs aucune copie. Le Dr G._____ retient ainsi que l'assuré a travaillé « entre 2012 jusqu'avant son licenciement », ce qui est inexact. L'assuré n'a en effet repris une activité qu'à 50%, en février 2013, et pour trois jours seulement, avant de se retrouver à nouveau en incapacité de travail totale, jusqu'en août 2013. Il a ensuite effectivement travaillé à 75%, puis rapidement à 100%, mais jusqu'en novembre 2014. Il a alors à nouveau connu une incapacité de travail à 50% dès le 20 novembre 2014, puis à 100% du 24 décembre 2014 jusqu'à la fin de ses rapports de travail, au 31 août 2015. Le recourant n'a donc présenté une pleine capacité de travail que pendant un peu plus d'une année - et non pas pendant près de trois ans, comme le laisse entendre le Dr G._____ - avant la nouvelle période d'incapacité intervenue dès le mois de novembre 2014. Le Dr G._____ néglige par ailleurs totalement les antécédents de l'assuré avant l'accident de 2012, alors que, selon les investigations menées par le Dr Q._____, ceux-ci ne sont pas négligeables. Enfin, le Dr G._____ ne convainc pas lorsqu'il infirme le diagnostic d'état de stress post-traumatique au motif que si l'assuré avait présenté une telle atteinte, le traitement prescrit par l'O._____ aurait été efficace. L'inefficacité d'un traitement ne suffit nullement à exclure le diagnostic pour lequel il avait été prescrit, de sorte que cette argumentation n'est pas recevable.

On relèvera d'ailleurs à cet égard que dans son avis du SMR du 18 février 2016, la Dresse F._____ a estimé que : « l'expertise laiss[ait] songeur quant à la non prise en considération et non discussion du syndrome de stress post-traumatique évoqué à plusieurs reprises dans les différents rapports ».

c) Le dossier en mains du tribunal étant insuffisamment instruit au plan psychiatrique, le juge instructeur a mis en oeuvre une expertise judiciaire psychiatrique, confiée au Dr Q._____. Dans son rapport d'expertise du 28 avril 2017, le Dr Q._____ a posé les diagnostics de trouble état de stress post-traumatique (F43.1) et d'épisode dépressif moyen, chronique (F32.1).

A l'étude du dossier de la CNA qu'il avait pris le soin de se procurer, le Dr Q._____ a remarqué que l'assuré avait consulté l'O._____, en 2005 ; l'expert s'est donc procuré le dossier y relatif (rapports des 21 mars, 2 mai et 26 juillet 2005). Il ressort de ces documents que l'assuré a été suivi au sein de cette unité du 21 mars au 14 juillet 2015. Les Dresses W._____ et U._____ ont posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1), l'agression ayant probablement réveillé des stress vécus durant la guerre de D._____, où il avait reçu des menaces de mort. Compte tenu du contexte, les Dresses W._____ et U._____ ont préconisé la poursuite d'un suivi psychiatrique à plus long terme. Sur la base de ces éléments, le Dr Q._____ a constaté, à juste titre, que le dossier en mains de l'intimée était passé à côté d'événements importants survenus avant l'arrivée de l'assuré en Suisse (agression avec menace de mort et assassinat de son père, dans son pays d'origine, en lien avec la guerre civile dès 1992, traumatismes au demeurant connus du Dr X._____), ainsi que d'une agression avec menace de mort en 2005, à [...].

S'agissant de l'état de stress post-traumatique, le Dr Q._____ a conclu à une recherche contributive. L'assuré rapportait encore des intrusions récurrentes (cauchemars, parfois flashbacks) non seulement de l'accident du 4 juillet 2012, mais également des traumas antérieurs. Il mentionnait également des conduites d'évitement des traumas psychiques vécus, par exemple en changeant de chaîne lorsque la télévision diffusait des scènes de violence ou d'accident ou en évitant de parler de ses traumas. Il présentait un certain degré d'activation neurovégétative et un état de « numbing », sorte de détachement affectif, très typique du trouble état de stress post-traumatique qui est devenu chronique. L'expert n'a pas constaté chez l'assuré de majoration des plaintes psychiatriques ni de simulation ; bien qu'il ait une vision exagérément pessimiste de son état de santé et de sa situation existentielle, il se montrait plutôt authentique. Compte tenu des manifestations neurovégétatives et de l'émotion observées lors de l'examen, le Dr Q._____ a estimé que l'assuré rapportait une histoire qu'il avait manifestement vécue.

Le Dr Q._____ a expliqué, de manière étayée et convaincante, qu'on devait admettre que l'assuré avait développé un trouble état de stress post-traumatique dans les suites de l'agression survenue dans son pays, dans un contexte de guerre civile. Son état avait vraisemblablement évolué vers la rémission au moins partielle, sans avoir sollicité de soins spécifiques, comme c'était d'ailleurs souvent le cas des personnes ayant fui des guerres. L'expert a précisé que selon l'expérience clinique et la littérature médicale, un état trouble de stress post-traumatique peut rester latent et être réactivé par des traumatismes psychiques qui n'ont pas nécessairement une intensité aussi importante que le facteur de stress initial. C'est précisément ce qui était advenu dans le cas de l'assuré, lors de l'assassinat et de la découverte du corps de son père, événement qui avait pu réactiver, au moins transitoirement, un tableau complet de trouble état de stress post traumatique. Une réactivation identique était survenue ensuite de l'agression de 2005 et de l'accident de la route de 2012. Dans ces deux cas également, l'expert a retenu une évolution favorable. Il a estimé que l'assuré a voulu compenser l'atteinte à l'estime de soi provoquée par le premier événement traumatique par un comportement « ergomaniac » , en s'investissant énormément dans son travail. Avec l'âge qui a avancé, l'assuré a cependant été confronté à ses limites, ceci pouvant être l'explication de son effondrement psychologique et à la rechute de l'automne 2014. Depuis lors, les troubles psychiques s'étaient installés dans la chronicité.

S'agissant de l'état dépressif, le Dr Q._____ a confirmé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, qu'il a qualifié de chronique, avec des variations de sévérité de faible amplitude. Il a estimé que, tout au moins depuis 2014, le degré de l'atteinte n'a jamais été sévère sur la durée. L'expert a cependant considéré que l'amélioration de l'état de santé prédite par la Dresse K._____ à la suite de l'adaptation de la médication proposée ne s'était pas réalisée. S'agissant du traitement prescrit par le Dr X._____, le Dr Q._____ a estimé qu'il était adéquat en qualité comme en quantité. Tout ce qui était préconisé face à une telle pathologie avait d'ores et déjà été appliqué. L'expert n'avait rien à

suggérer, précisant que ce que l'on savait aujourd'hui de l'histoire de l'intéressé démontrait que sa problématique était complexe et qu'elle allait bien au-delà d'un trouble qui pourrait répondre de façon quasi miraculeuse à une simple médication psychotrope, quelle qu'elle soit. Vu la durée et la nature des troubles psychiques, le Dr Q._____ n'attendait plus grand-chose d'une telle médication.

Le Dr Q._____ a exclu tout autre diagnostic psychiatrique, dont le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, au motif que le recourant ne présentait pas une douleur intense constituant en permanence une préoccupation essentielle pour lui.

Sur la base de ces constatations, le Dr Q._____ a retenu une incapacité de travail psychiatrique de 50% depuis le 20 novembre 2014 ; ce taux était resté globalement stable depuis lors, même s'il y avait eu des hauts et des bas de faible amplitude, et pouvait vraisemblablement être fixé pour une longue durée.

d) Le rapport d'expertise du 28 avril 2017 du Dr Q._____ remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. L'expert a procédé à une analyse particulièrement détaillée des antécédents psychiatriques de l'assuré depuis 2005. Il a ensuite examiné l'assuré, à deux reprises. Il a en outre exposé avec soin sur quoi reposait ses diagnostics et pour quels motifs il constatait une incapacité de travail persistante de 50%. Il a pris soin de relativiser les allégations de l'assuré et d'expliquer pour quelles raisons il estimait qu'elles étaient crédibles, au vu notamment de ses observations cliniques pendant l'entretien. Il a également exposé de manière convaincante que l'état dépressif, associé au trouble post-traumatique, s'avérait pour l'heure difficile à améliorer malgré les traitements adéquats mis en place et suivis par l'assuré depuis plusieurs années. Il a pris connaissance des dossiers de la CNA et de l'OAI et s'est procuré le dossier de l'O._____ relative à leur intervention en 2005. Son rapport est donc probant.

En définitive, la Cour de céans n'a aucun motif de s'écarter des constatations du Dr Q._____. Il sied ainsi de retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'au plan psychiatrique, l'assuré présente une incapacité de travail de 50% depuis le 20 novembre 2014.

e) Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 119 V 335 consid. 3c ; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références citées).

En l'occurrence, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit, le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la requête de complément d'expertise formulée par le recourant.

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition rendue le 4 janvier 2016 par l'intimée annulée, la cause lui étant renvoyée afin qu'elle alloue au recourant des indemnités journalières pour une incapacité de travail de 50%, du 1^{er} septembre 2015 jusqu'à épuisement du droit conformément à l'art. 7 des Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal de l'intimée (cf. consid. 3a supra).

On précisera à toutes fins utiles que même s'il fallait admettre d'inclure dans l'objet du litige la période précédant le 31 août 2015, il

conviendrait de renoncer à une *reformatio in pejus* de la décision litigieuse. Si la loi permet à l'autorité de recours de procéder à une telle *reformatio* au détriment du recourant (cf. art. 61 let. d LPGA et art. 89 al. 2 LPA-VD), il s'agit d'une simple faculté (cf. ATF 119 V 241 consid. 5). L'autorité de recours dispose à cet égard d'un certain pouvoir d'appréciation dont l'exercice doit tenir compte de l'intérêt public au respect du droit objectif et du principe de la proportionnalité (cf. Benoît Bovay/Thibault Blanchard/Clémence Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, LPA-VD annotée, Bâle 2012, n° 4.1 ad art. 89 LPA-VD p. 409). En l'occurrence, au vu des imprécisions inévitablement liées à l'évaluation de la capacité de travail résiduelle d'un assuré dans un cas tel que le cas d'espèce, il n'y a pas lieu de faire usage d'une telle faculté.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais judiciaires.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'900 fr. à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 4 janvier 2016 par Y._____ est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée afin qu'elle alloue au recourant des indemnités journalières pour une incapacité de travail de 50%, du 1^{er} septembre 2015 jusqu'à épuisement du droit conformément à l'art. 7 des Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal (BE - Edition 01.01.2011).

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

- IV. Y._____ versera à M._____ une indemnité de 2'900 fr. (deux mille neuf cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jana Burysek (pour le recourant),
- Y._____,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :