

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/820/2017

ATAS/854/2018

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 1<sup>er</sup> octobre 2018**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au GRAND-LANCY, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Me Laïla BATOU

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Jean-Pierre WAVRE et Willy  
KNOPFEL, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1972, ressortissant brésilien, domicilié à Genève, a travaillé dès le 23 septembre 2010, en qualité de nettoyeur, auprès de l'entreprise B\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur), à Morges. Il était à ce titre assuré en perte de gain maladie selon la LAMal par le biais du contrat collectif que son employeur avait conclu avec Philos assurance maladie SA (ci-après : Philos, l'assureur perte de gain) ; il était en outre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels selon la LAA auprès de la CNA.
2. En date du 8 août 2014, il a été victime d'un accident : il a glissé et il est tombé sur le dos devant l'entrée d'un centre commercial. Il s'est blessé le pied gauche et a ressenti de fortes douleurs dorsales. La CNA a versé les prestations légales (frais médicaux et indemnités journalières).
3. Le médecin d'arrondissement de la CNA, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à l'examen médical final de l'assuré en date du 7 janvier 2016. Selon les pièces communiquées au sujet de l'accident susmentionné, il ressortait :
  - du certificat médical initial du Dr D\_\_\_\_\_, CMC Chantepoulet (28 octobre 2014), que l'assuré avait fait une chute sur le dos en se tordant la cheville gauche. Le diagnostic était une luxation du calcanéum gauche « (sic) » et entorse de la cheville gauche, lombalgies L5-S1. Il avait prescrit un arrêt de travail (100% du 25 août au 7 septembre 2014), des manipulations, et des AINS. La reprise du travail à 100 % était intervenue le 8 septembre 2014, date de fin du traitement ;
  - d'un rapport médical intermédiaire de MédiCentre Balexert du 26 décembre 2014, le diagnostic de traumatisme du pied D (sic!). Évolution : exacerbation des douleurs en flexion dorsale. Traitement: AINS et physiothérapie. IRM si persistance des symptômes ;
  - d'un rapport d'IRM de la cheville gauche du 14 janvier 2015 : status post (s/p) entorse modérée du ligament collatéral externe ; discrète aponévrosite plantaire superficielle ;
  - d'un rapport du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 29 juillet 2015 dans le cadre d'une rechute annoncée le 20 juillet 2015, que l'assuré avait fait une nouvelle chute trois mois auparavant. Les douleurs persistaient depuis lors. Dans les constatations objectives, ce praticien relevait que l'examen clinique parlait pour une fasciite plantaire. Les radiographies mettaient en évidence un éperon calcanéen. Il avait prescrit de la physiothérapie et une talonnette ;
  - dans un rapport médical du 24 septembre 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ déclarait qu'à la suite de cette chute l'assuré présentait des douleurs au niveau des deux talons.

Les radiographies mettaient en évidence un éperon calcanéen. Il a prescrit de la physiothérapie, une talonnette et des infiltrations ;

- selon une appréciation médicale (CNA) du 30 septembre 2015 il n'y avait pas de lien de causalité entre l'événement du 8 août 2014 et la « facétie » (recte : fasciite) plantaire à droite ;
- le 12 novembre 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ attestait une incapacité de travail de 100 % jusqu'au 14 décembre 2015;
- d'une note d'entretien téléphonique avec l'assuré du 13 novembre 2015 qu'il était toujours en incapacité de travail, qu'il n'arrivait pas à marcher correctement ; il avait de fortes douleurs aux deux pieds ; il ne pouvait pas rester debout longtemps ; il faisait de la physiothérapie deux fois par semaine et prenait du Tilur, uniquement en cas de fortes douleurs.

Selon les déclarations de l'assuré, le 8 août 2014 il avait fait une glissade dans la neige (chute en arrière et heurt du talon G) ; il avait consulté 17 jours après (CMC Chantepoulet). Avec le traitement conservateur et l'arrêt de travail prescrits, les douleurs lombaires et les autres douleurs avaient disparu rapidement ; par contre les douleurs du talon gauche avaient diminué d'intensité sans disparaître. En raison de la persistance de ses douleurs, il avait consulté le centre médical de Balaxert. Il avait continué à travailler en tant que nettoyeur. En juillet 2015, il avait subi une exacerbation des douleurs du talon gauche et l'apparition de douleurs au talon droit, raison pour laquelle il avait été consulter le Dr E\_\_\_\_\_. Ce dernier avait prescrit un traitement sous forme d'ondes de choc, ainsi que des talonnettes amortissantes ; il avait en outre effectué des infiltrations de corticostéroïdes à deux reprises dans les deux talons. Il avait prescrit un nouvel arrêt de travail à partir du 7 septembre 2015, toujours en cours (en janvier 2016). Les plaintes actuelles du patient étaient principalement des talalgies bilatérales plus marquées à gauche qu'à droite, de type mécanique (irradiations vers le mollet lors de la marche ; au repos, sensation de brûlure au talon; parfois réveil nocturne). Il pouvait marcher à plat 20 à 30 minutes et monter et descendre les escaliers. Actuellement il consultait le Dr E\_\_\_\_\_ une fois tous les quinze jours environ, utilisait des talonnettes amortissantes, faisait des exercices d'étirement des chaînes postérieures ; deux séances de physiothérapie par semaine ; ondes de choc une fois par semaine et prise de Tilur retard.

Après avoir fait ses propres constatations, et examiné le dossier d'imagerie à disposition, le médecin d'arrondissement avait retenu le diagnostic de s/p contusion du talon gauche et probable entorse de la cheville gauche ; contusions multiples (8 août 2015 [recte : 2014]) ; talalgies bilatérales sur insertionite de l'aponévrose plantaire des deux pieds. En conclusion, lors de l'événement d'août 2014, l'assuré avait eu une simple contusion du talon. Par la suite, apparition d'une inflammation de l'insertion calcanéenne de l'aponévrose plantaire des deux côtés. Il s'agit d'une maladie et non pas d'une lésion d'origine traumatique. Le fait qu'il ait développé la

même symptomatologie des deux côtés confirmait cette appréciation. Aucune lésion d'origine traumatique n'avait été démontrée. On pouvait établir un *statu quo sine* une année après l'événement en cause. L'arrêt de travail depuis le 7 septembre 2015 et les traitements ultérieurs ne concernaient pas la CNA. Pas d'IPA prévue.

4. Par décision du 13 janvier 2016, la CNA, se fondant sur ce rapport, a informé l'assuré qu'elle décidait de clore le cas au 13 janvier 2016 pour les suites de l'accident du 8 août 2014, mettant fin dès cette date aux prestations LAA. Selon le médecin d'arrondissement, les troubles qui subsistaient alors n'étaient plus dus à l'accident, mais étaient exclusivement de nature malade.
5. La CNA a notamment notifié copie de cette décision à l'employeur, à la CSS (assureur-maladie AOS), ainsi qu'à l'assureur perte de gain maladie, par courrier du même jour (13 janvier 2016).
6. Par courriel du 16 février 2016, l'employeur s'est adressé à l'assureur perte de gain maladie: se référant à la décision susmentionnée de la CNA et en joignant des certificats médicaux, il a indiqué que dès le 14 janvier 2016 il incombait à PHILOS de prendre en charge le dossier, celui-ci étant « passé d'accident en maladie ».
7. En réponse à ce courriel, l'assureur perte de gain maladie a invité l'employeur à lui faire parvenir une déclaration d'annonce d'incapacité, ainsi que tous les documents CNA en sa possession. Philos examinerait ainsi si la suite en maladie était à sa charge.
8. Le 9 mars 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ a établi un rapport à l'intention de Philos : il a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'éperon calcanéen bilatéral dès le 8 août 2014 ; la date de la première consultation remontait au 13 juillet 2015, la dernière au 22 février 2016, et la prochaine au 21 mars 2016. Le traitement actuel comprenait de la physiothérapie et des infiltrations (très douloureuses). Le patient ne pouvait pas marcher plus de 30 minutes. L'incapacité de travail remontait au 7 octobre 2015, et était toujours actuelle. Le pronostic serait évalué en fonction de la prochaine et dernière infiltration.
9. Selon procès-verbal de séance du 17 mars 2016 le médecin-conseil de Philos, le docteur F\_\_\_\_\_, FMH en médecine générale, (ci-après : MC), après avoir pris connaissance du rapport de l'expert CNA, a estimé que l'assuré était apte au travail.
10. Par courrier du 30 mars 2016, Philos a indiqué à l'assuré qu'il serait prochainement convoqué à une expertise médicale, afin que l'assureur puisse se déterminer sur son droit à l'indemnité journalière perte de gain. Dès le 14 janvier 2016 et jusqu'à réception des conclusions de l'expert, le versement des indemnités journalières était suspendu.

Par courrier recommandé et sous pli simple du même jour (30 mars 2016), intitulé « Convocation à une expertise médicale », Philos a prié l'assuré de se présenter le mardi 19 avril 2017 à 8h30 à la consultation du docteur G\_\_\_\_\_, orthopédiste

---

auprès de la Clinique Corela, pour une expertise médicale. Lors de sa visite d'une durée prévue d'environ 2 heures, l'assuré était prié d'apporter les pièces médicales (en possession de son médecin traitant), susceptibles de faciliter l'appréciation de l'expert. S'il ne se présentait pas le jour de la convocation, sans motif valable ou s'il ne collaborait pas lors de l'examen, il s'exposait à un refus, voire à une demande de remboursement des prestations de la caisse, ainsi qu'à la prise en charge des frais d'expertise. En cas d'empêchement, il était invité à en informer la caisse dans les plus brefs délais afin de pouvoir fixer le cas échéant un nouveau rendez-vous.

11. Par courrier recommandé du même jour, Philos a adressé au Dr G\_\_\_\_\_, Clinique Corela, un mandat d'expertise médicale, accompagné des pièces médicales en possession du médecin-conseil, avec prière de lui adresser le résultat de ses investigations en répondant impérativement aux questions se trouvant dans le « canevas annexé ». Ce document, intitulé « expertise médicale LAMal » comporte, dans un encadré, les données générales de l'assuré, les références de la police d'assurance du dossier, la date de début de l'incapacité de travail, celle de la demande d'expertise et enfin le nom du destinataire du mandat d'expertise. Suit l'énoncé des questions posées, réparties en trois chapitres.
12. En définitive, l'expertise (Corela) a été exécutée par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. L'expert a finalement rencontré l'assuré le 4 avril 2016, et communiqué son rapport le 23 mai 2016 au MC de Philos. L'édition « papier » du rapport (41 pages) était annexée au courrier. Il s'agissait d'une version « rapide à lire », sans la liste des pièces du dossier, ni leur résumé ou les annexes habituelles. L'édition électronique en ligne était téléchargeable, était complète et comportait en outre les liens intertextes permettant au lecteur de se référer aux documents sources sur lesquels l'expertise s'appuyait.

L'expert conclut en substance qu'au jour de l'expertise, soit le 4 avril 2016, l'incapacité de travail dans le dernier emploi de nettoyeur, exercé à 85 %, est de 0% horaire sans baisse de rendement, et ce déjà depuis le 14 janvier 2016, date de l'annonce en maladie. Tenant compte de l'examen du médecin d'arrondissement de la CNA en janvier 2016 et de l'inefficacité des traitements proposés sur le pied droit depuis janvier 2016, l'aggravation des plaintes annoncées n'était plus en faveur d'une explication médicalement objectivable. Il n'existe aucune limitation somatique en lien avec l'inflammation de l'aponévrose plantaire bilatérale. En effet, à gauche, plus aucune plainte n'est rapportée, et l'examen clinique est normal. Pour le pied droit, il existait certes des plaintes algiques, mais leur description n'est pas spécifique d'une aponévrosite. De même, l'examen clinique mettait aussi en évidence de nombreux signes de discordance. La question d'une activité adaptée n'avait pas lieu d'être envisagée, en l'absence de limitations retenues dans le dernier emploi. L'expert, dans une rubrique intitulée « facteurs non médicaux » pré-rédigée, proposant diverses réponses à cocher, l'expert a apposé une croix en regard de la rubriques « problèmes familiaux » ajoutant le commentaire suivant : « sur le plan

orthopédique, il n'y a médicalement parlant aucune raison objective somatique pour la poursuite de l'incapacité de travail à ce jour. Dès lors, la participation de facteurs non médicaux est forcément interrogée face à la pérennisation de celle-ci. Ainsi, on pourrait éventuellement questionner l'impact du divorce en cours, avec un rendez-vous prévu pour le 5 avril 2016, soit le lendemain de l'expertise. En outre, l'expertisé occupe la fonction de nettoyeur, alors qu'il a été styliste au Brésil. Il est également rapporté des mauvaises relations avec son supérieur depuis son accident. Ces facteurs mis bout-à-bout sont susceptibles de démotiver le retour en emploi dans son dernier poste. ».

En ultime remarque, ce rapport mentionne : « Merci par avance au mandant qui en a aimablement l'habitude de bien vouloir réserver un tirage du rapport aux parties concernées qui le demanderaient. Enfin, les experts de la clinique Corela se tiennent disponibles pour répondre à toutes questions médicales relatives à expertise. Il est en cela possible de les joindre directement au +41 22 703 49 50 et à [médical.manager@corela.ch](mailto:médical.manager@corela.ch). ».

13. Par fax et courrier du 23 mai 2016 adressé à l'employeur, le syndicat Unia Genève (ci-après : Unia) s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assuré. Rappelant la teneur des dispositions de la Convention collective de la branche concernée, elle mettait en demeure l'employeur de payer, voire d'avancer les indemnités journalières non perçues depuis janvier 2016.
14. Par courrier recommandé du 25 mai 2016, Philos a notifié à l'assuré une décision aux termes de laquelle, après analyse du dossier médical en sa possession, le MC constatait que l'assuré pouvait mettre à profit une pleine capacité de travail dès le 4 avril 2016, savoir dès le jour de l'expertise. En conséquence, dans la mesure où une reprise de travail n'interviendrait pas entre temps, l'assureur était néanmoins disposé à verser les indemnités journalières jusqu'au 29 mai 2016, et ce afin d'offrir à l'assuré la possibilité d'entreprendre les démarches nécessaires dans les meilleures conditions. Un certificat médical (fichet) n'aurait plus la valeur probante suffisante pour justifier une éventuelle poursuite de l'incapacité de travail au-delà de l'échéance précitée. Seul un rapport médical détaillé serait pris en compte par le MC pour examiner le bien-fondé d'une telle prolongation.
15. Sur un formulaire type intitulé « séance du médecin-conseil (MC) : procès-verbal de la séance du (sans date) », en réponse à la seule question (7) « Approuvez-vous les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_ figurant dans le rapport d'expertise du 23 mai 2016 ? » le MC a répondu à la main « oui » suivi de son visa, de la date manuscrite 26 mai 2016, et de son timbre humide.
16. Par fax et courrier recommandé du 27 juin 2016, Unia s'est constitué auprès de Philos pour la défense des intérêts de l'assuré. Ce dernier formait opposition totale à la décision du 25 mai 2016 et concluait à son annulation et au versement des indemnités journalières dues. Les conclusions du MC étaient en parfaite contradiction avec l'analyse du chirurgien orthopédique traitant et du radiologue.

Ces spécialistes confirmaient que les troubles du pied droit étaient toujours responsables de douleurs importantes au niveau de l'insertion proximale et médiale de l'aponévrose plantaire. De telles douleurs l'empêchaient de mettre le poids sur son pied et provoquaient une difficulté à la marche. Le Dr E\_\_\_\_\_ confirmait qu'il était toujours en incapacité de travail à 100 %. Indépendamment du traitement en cours selon une méthode « classique et maximale », il avait été adressé à la consultation de la chirurgie du pied des HUG pour discussion de l'opportunité d'une intervention chirurgicale. Il a produit à l'appui de son opposition une appréciation médicale de son chirurgien orthopédique, la copie du rapport de consultation du radiologue et la copie d'une convocation aux HUG le 19 août 2016 :

- dans son rapport au Dr I\_\_\_\_\_ du 2 juin 2016, le Docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, indique revoir le patient connu pour une aponévrosite plantaire d'aspect fissuraire infiltré à plusieurs reprises, la dernière fois le 15 mai 2016. L'infiltration du 15 mars 2016 avait eu un effet antalgique pendant une semaine avec récurrence des douleurs importantes. Ce jour, il notait une récurrence des douleurs importantes au niveau de l'insertion proximale médiale de l'aponévrose plantaire et une difficulté à la marche. Devant ce tableau clinique et après de multiples infiltrations à base de corticostéroïdes retard, ils avaient décidé d'arrêter les infiltrations en raison de l'échec des traitements. Le patient lui était ré-adressé pour éventuel traitement chirurgical si nécessaire ;
- dans son certificat médical du 3 juin 2016, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué suivre le patient de manière régulière pour un problème de fasciite plantaire à droite, avec une très importante inflammation et tuméfaction au niveau du fascia plantaire à droite, confirmée par un bilan d'imagerie et bénéficiant actuellement d'un traitement tout à fait classique et maximal, soit avec de la physiothérapie (deux fois par semaine), des exercices d'auto-physiothérapie et des infiltrations qui ont notamment été écho-guidées, qui ont non seulement permis de traiter le problème, mais aussi et surtout de confirmer le diagnostic. Le patient présente actuellement encore d'importantes douleurs qui empêchent de mettre le poids sur ce pied et pour lesquelles, au vu de l'échec du traitement conservateur maximal, il a été adressé à la consultation de chirurgie du pied pour éventuellement procéder à une prise en charge chirurgicale de ce problème. Il conclut que, pour sa part, il a un peu des difficultés à comprendre comment l'expert a pu confirmer une capacité de travail pleine à 100 % chez ce patient. Il ne pouvait malheureusement pas commenter cette décision dès lors qu'il n'avait pas le rapport d'expertise en sa possession.

17. Par courrier recommandé du 29 juin 2016, Philos a soumis au Dr H\_\_\_\_\_ (Clinique Corela), les documents médicaux produits par l'assuré à l'appui de son opposition. L'expert était prié d'indiquer par écrit au MC dans quelle mesure les éléments fournis par les médecins du recourant seraient de nature à remettre entièrement ou partiellement en cause les conclusions de son rapport d'expertise du 23 mai 2016.

18. Par courrier du 18 juillet 2016, en réponse au courrier précédent, signé « p.o. [paraphe illisible] (sous dictée) Dr H\_\_\_\_\_ (...) », l'expert observe que dans son courrier du 2 juin 2016, le Dr J\_\_\_\_\_ radiologue, rappelle des éléments déjà connus lors de l'expertise et n'apportent aucun élément nouveau factuel en dehors du fait que ce médecin a décidé d'arrêter les infiltrations en raison de l'échec de ce traitement. Il en va de même du Dr E\_\_\_\_\_ dans son courrier du 3 juin 2016. Il relate les faits ayant motivé ladite expertise sans apporter d'élément nouveau. Il observe qu'en revanche, ce spécialiste, en prenant connaissance du rapport d'expertise, aura à sa disposition l'argumentaire et les conclusions radiocliniques montrant notamment des signes nets de discordance par rapport au diagnostic. Il est rappelé qu'aux termes de l'expertise aucun traitement chirurgical n'a été conseillé, avec risque d'échec et d'aggravation des plaintes de l'intéressé.
19. Sur un formulaire type intitulé « séance du médecin-conseil (MC) : procès-verbal de la séance du 04. 08. 2016 », en réponse à la seule question (7) « Approuvez-vous l'appréciation médicale du 2 août 2016 du Dr H\_\_\_\_\_ ? » le MC a répondu à la main sous « Commentaires du MC » « oui (ou ok) » suivi de son visa, de la date manuscrite du même jour et de son timbre humide.
20. Par courrier recommandé du 13 septembre 2016, Philos a transmis au Dr E\_\_\_\_\_ copie du rapport d'expertise Corela « sous pli séparé ». Ce courrier mentionne toutefois « annexe : mentionnée » et le dossier ne contient aucune trace d'un autre courrier à cette date.
21. Par courrier du 3 février 2017, Philos a rendu sa décision sur opposition, notifiée au mandataire de l'assuré. L'opposition du 29 juin 2016 était rejetée, et la décision du 25 mai 2016 maintenue. En substance, l'assureur perte de gain se reposant exclusivement sur le rapport d'expertise Corela, considère que ce dernier réunit toutes les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, ce rapport prévalant sur l'avis du médecin traitant ; il remarque au passage qu'une copie de ce rapport avait été adressé au médecin traitant le 13 septembre 2016, cet envoi étant resté sans réaction de son destinataire à ce jour. En conséquence l'opposition était rejetée et la décision du 25 mai 2016 maintenue.
22. Par mémoire du 8 mars 2017, l'assuré, représenté par son mandataire, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision sur opposition susmentionnée. Il conclut préalablement à l'ouverture d'enquêtes (audition de plusieurs médecins dont l'expert), et le cas échéant à une expertise médicale neutre ; principalement à l'annulation de la décision sur opposition du 3 février 2017 ainsi que de la décision du 25 mai 2016, et à la condamnation de l'intimée au versement des indemnités journalières correspondantes du 30 mai 2016 au 4 avril 2017, avec suite de frais et dépens.

En substance, le recourant observe que l'expert de la clinique Corela est un médecin français qui ne figure pas dans la liste des médecins de la FMH, seul registre officiel complet des médecins suisses. Le rapport d'expertise est prolix. Quant à



l'opportunité d'une intervention chirurgicale comme traitement de l'aponévrosite plantaire, l'expert a relevé qu'aucun traitement chirurgical n'était conseillé. Il était tout à fait exceptionnel d'avoir à opérer une aponévrosite plantaire ; il y aurait énormément de risques d'échec et d'aggravation des plaintes de l'assuré. De plus, l'examen clinique ne plaidait, selon lui, absolument pas en faveur de la persistance avérée du diagnostic. Fort de cette expertise, l'assureur avait conclu par décision du 25 mai 2016 à la pleine capacité de travail de l'assuré, et avait stoppé le versement des indemnités journalières dès le 30 mai 2016. Le 30 mai, l'assuré se voyait ainsi licencié par son employeur pour le 31 juillet 2016. A l'appui de son opposition, l'assuré avait produit un certificat médical de son médecin traitant, attestant d'un rendez-vous pris au département de chirurgie des HUG, où l'intéressé, au mois d'août 2016, avait notamment été examiné par le docteur K\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur des HUG (et L\_\_\_\_\_, chef de clinique au même département) ; ces médecins ayant considéré que la gravité de l'atteinte de l'assuré au pied droit justifiait une intervention chirurgicale, celle-ci avait été effectuée le 19 (recte : 12) janvier 2017, par le premier nommé, selon le compte-rendu opératoire du 19 janvier produit. Le recourant s'étonne tout d'abord de ne jamais avoir été informé d'une nouvelle expertise datée du 2 août 2016, dont le résultat n'a jamais été transmis au médecin traitant. Quoi qu'il en soit il ne fait aucun doute que le recourant se trouve en incapacité de travail à 100 % depuis le mois de septembre 2015 en raison d'une importante aponévrosite plantaire droite et que cette incapacité durera jusqu'au 4 avril 2017. Contrairement aux conclusions de la très contestée clinique Corela, soit pour elle le Dr H\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail pour la période du 14 janvier 2016 au 4 avril 2017 est certifiée non seulement par le médecin traitant, mais également par le chef de clinique des HUG, susmentionné. En outre, contrairement à ce qu'affirme avec véhémence l'expert dans son rapport du 23 mai 2016, le traitement chirurgical s'avérait être, après l'échec du traitement conservateur, la meilleure voie de guérison pour le recourant. Force est dès lors de constater que l'analyse et les conclusions de l'expert du 23 mai 2016 étaient erronées, bien que prolixes, de sorte que la chambre de céans devra s'en écarter au bénéfice des opinions émises par les médecins traitants et autres spécialistes consultés par le recourant.

23. Par courrier spontané du 5 avril 2017, le mandataire du recourant a produit un nouveau certificat d'incapacité de travail, à 100 %, prolongée jusqu'au 28 avril 2017, amplifiant ainsi ses conclusions dans cette mesure, l'incapacité de travail étant encore susceptible de durer pendant une période indéterminée. L'amplification de ses conclusions se traduit ainsi par la condamnation de l'intimée au versement des indemnités journalières correspondantes dès le 30 mai 2016 (sans date limite).
24. L'intimée s'est déterminée sur le recours par mémoire du 28 avril 2017. Elle conclut à son rejet et à la confirmation de la décision entreprise, avec suite de frais et dépens.

S'agissant du refus de prestations d'indemnités journalières en faveur du recourant à partir du 30 mai 2016, elle relevait dans la décision entreprise que le recourant ne présentait, dès le 4 avril 2016, si ce n'était pas déjà auparavant, aucune incapacité de travail totale dans son activité. L'intimée persiste à voir dans le rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ un rapport pleinement convaincant auquel il convient de reconnaître une pleine valeur probante, d'autant que ses conclusions ont été confirmées par le rapport du MC (du 26 mai 2016), de sorte que de l'avis de deux médecins, le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dès le mois de janvier 2014 (recte : 2016). L'expert s'était à nouveau prononcé en date du 18 juillet 2016 (et non pas comme le soutient le recourant le 2 août 2016) sur la base des nouvelles pièces médicales produites par l'assuré sur opposition. L'expert a, à cette occasion, confirmé ses conclusions précédentes. S'agissant du fait que l'expert ne soit pas membre de la FMH, l'intimée rappelle la jurisprudence du Tribunal fédéral aux termes de laquelle l'appartenance à cette institution n'est pas une condition pour déterminer si un expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné, mais ce sont ses compétences spécifiques. Dans le cas d'espèce, le canton de Genève, par arrêté du 25 février 2011 (copie produite) a autorisé le Dr H\_\_\_\_\_ à exercer la profession de médecin en qualité de spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur. Les rapports complémentaires des médecins traitants, produits sur opposition, n'apportaient rien de nouveau qui n'aurait pas été pris en compte par l'expert, ce que ce dernier a confirmé dans son rapport complémentaire de juillet 2016, rapport confirmé par le MC en date du 4 août 2016. L'intervention chirurgicale du 19 (recte : 12) janvier 2017 ne remet en question ni l'avis de l'expert ni celui du MC du 4 août 2016. Le demandeur n'était d'ailleurs plus assuré pour l'assurance indemnités journalière auprès de l'intimée. Dès le 31 juillet 2016 il était sorti du cercle des assurés, raison pour laquelle il n'a plus touché d'indemnités. D'ailleurs l'intervention chirurgicale n'avait pas eu les effets escomptés puisque le recourant n'a toujours pas retrouvé sa capacité de travail et que cette incapacité va encore durer jusqu'à une date encore indéterminée, à en lire le courrier du demandeur du 5 avril 2017 et l'amplification de ses conclusions ; la poursuite de cette incapacité de travail n'a au demeurant aucune incidence sur l'appréciation faite par l'assureur sur la base de l'expertise. Quoi qu'il en soit, le recourant n'était plus couvert en perte de gain maladie dès le 31 juillet 2016, date de son licenciement « auprès de l'intimée ». Selon les conditions générales le preneur d'assurance, en l'occurrence l'ancien employeur, était tenu d'informer l'assuré sur ses droits et obligations découlant de l'assurance en particulier sur la possibilité de maintenir la couverture lorsque qu'il cessait d'appartenir au cercle des personnes assurées ou lorsque son contrat prenait fin. En l'espèce, force est de constater qu'à la suite de son licenciement pour le 31 juillet 2016, le recourant n'a pas signé de libre passage en couverture individuelle et n'était donc plus couvert et ainsi n'a plus bénéficié de la couverture d'indemnités journalières. En conséquence, l'intimée ne pourrait de toute façon pas

prester au-delà de la date du 31 juillet 2016, mais quoi qu'il en soit elle maintient ses conclusions selon la décision entreprise.

25. Par courrier du 23 mai 2017, Maître Laïla BATOU a informé la chambre de céans qu'elle succédait au syndicat Unia, pour la défense des intérêts du recourant, la mandataire précédente se trouvant actuellement en arrêt maladie. Elle a sollicité la prolongation du délai imparti au recourant pour produire ses écritures de réplique.
26. Le recourant a répliqué par courrier du 16 juin 2017. Il persiste dans ses conclusions. On ne saurait reconnaître dans l'approbation faite par le MC du rapport complémentaire de l'expert la moindre valeur probante, tant elle est sommaire et bâclée, le médecin-conseil se référant même à un rapport du 2 août 2016, inexistant, comme l'admet l'intimée dans sa réponse, cet avis complémentaire de l'expert datant du 18 juillet 2016. Du reste, de manière générale, tous les procès-verbaux de séances médicales établis par le MC sont sommaires. Le recourant fait en outre valoir un certain nombre de critiques et d'incohérences au sujet du rapport d'expertise, dont le détail sera évoqué, dans la mesure utile, dans les considérants ci-dessous. S'agissant de la fin de la couverture d'assurance, en indiquant que dès lors que le contrat de travail du demandeur a été résilié pour le 31 juillet 2016, aucune indemnité ne pourrait lui être octroyée postérieurement, l'intimée méconnaît l'art. 4 de la Convention collective de travail pour le secteur du nettoyage qui prévoit qu'« après trois ans de travail dans l'entreprise, le travailleur ne peut être licencié aussi longtemps qu'il est au bénéfice d'indemnités journalières de l'assurance-maladie (au maximum pendant 360 jours) ou de l'assurance-accidents (au maximum pendant 720 jours) ». Ainsi, si la chambre de céans devait donner raison au recourant, le licenciement survenu le 31 juillet 2016 serait nul et le demandeur serait encore assuré auprès de la défenderesse, si bien qu'il aurait droit à des indemnités journalières tant que dure son incapacité maladie, ou au maximum pendant 360 jours. Quant à l'appréciation sur l'avis des médecins traitants, l'intimée se méprend sur l'état de la jurisprudence, celle-ci ayant évolué. Si, dans le passé, le Tribunal fédéral considérait que la valeur probante que l'on pouvait accorder à l'avis du médecin traitant devait être relativisé en raison du rapport de confiance existant entre lui et le patient, il a indiqué par la suite que l'on ne pouvait pas pour autant nier d'emblée toute crédibilité à un tel document. En l'espèce les avis exprimés par les médecins ayant eu à traiter le recourant ne sont pas tous des médecins de famille le traitant depuis de nombreuses années, ce sont également des spécialistes des HUG, qui ne l'ont pas fréquenté longtemps, et qui l'ont d'ailleurs opéré. Quant à la valeur de l'expertise Corela, se fondant sur un récent arrêt du Tribunal fédéral, le recourant soutient qu'elle ne vaudrait qu'allégation de parties, ce document n'étant pas un moyen de preuve au sens de l'art. 1 al. 1 CPC. Quant à l'opération intervenue le 19 (recte : 12) janvier 2017, contrairement à ce que suggère l'intimée, qui n'a pas même pris position sur le compte-rendu opératoire produit par le recourant, cette intervention chirurgicale a été un véritable succès. Certes la récupération fut plus longue que prévu, mais le demandeur se considère comme entièrement guéri. Il ne

ressent plus aucune douleur. Un certificat de reprise de travail à 100 % a du reste été établi. Selon le document produit, soit le certificat médical du Dr E\_\_\_\_\_ du 28 avril 2017, il atteste une incapacité à 100 % du 28 avril au 6 juin 2017 (cause « accident » !) et une reprise à 100 % dès le 7 juin 2017.

27. L'intimée a dupliqué par courrier du 29 juin 2017. Elle persiste intégralement dans ses conclusions. L'approbation de la prise de position médicale du 18 juillet 2016 de l'expert a été donnée par le MC le 4 août 2016. Elle est suffisante, et l'on ne voit pas pourquoi elle serait plus détaillée dans le contexte de ce dossier, dans la mesure où le médecin-conseil confirme en tous points l'expertise. Elle réfute ensuite les critiques formulées par le recourant à l'encontre de l'expertise. Le détail en sera au besoin repris, dans les considérants qui vont suivre. Quant à l'opération de janvier 2017, celle-ci est intervenue plus de sept mois après la cessation du versement des indemnités journalières et ne justifie nullement le fait que l'assuré était dans l'incapacité de travailler durant toute la période l'ayant précédée. On ne saurait dès lors prétendre que cette intervention était d'une nécessité absolue, puisqu'elle n'a pas été entreprise immédiatement. Selon l'intimée, il existe donc une grande contradiction entre les plaintes de l'assuré, l'incapacité prolongée qui en résulte et le fait que les médecins n'aient prescrit qu'un traitement conservateur pendant de longs mois. La contradiction se retrouve également dans le fait d'avoir attendu si longtemps avant toute intervention chirurgicale. C'est l'une des raisons pour lesquelles l'assureur ne s'est pas positionné sur le compte-rendu opératoire du 19 janvier 2017. Enfin si le licenciement ne respectait pas la Convention collective de travail, il aurait dû être contesté directement auprès du tribunal des prud'hommes. Compte tenu de l'absence de couverture d'assurance depuis le 31 juillet 2016, aucune prestation ne peut être accordée.
28. Sur quoi la chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle le 30 avril 2018.

Madame M\_\_\_\_\_, pour l'intimée, a déclaré : « S'agissant de la problématique "Corela", notre décision étant fondée essentiellement sur l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, nous avons repris en fait tous les dossiers où se posait la problématique des expertises effectuées par cette clinique, et celui-ci en particulier. Toutefois, s'agissant du cas d'espèce, nous estimons qu'il n'y a pas lieu d'écarter d'emblée cette expertise, de sorte que, en l'état, nous maintenons notre position. ».

Le recourant a déclaré : « Vous me demandez de vous expliquer les circonstances de l'accident du 8 août 2014. À mon souvenir, l'accident s'est déroulé dans le courant de l'après-midi au moment où je quittais mon travail pour rentrer à la maison. L'endroit était situé derrière le centre commercial de Balaxert. Le temps était mauvais : il pleuvait. Je quittais le centre commercial, par une rampe qui enjambe la route de Meyrin, en direction de la rue de Crozet. Le revêtement sur ce trajet est fait de zones herbeuses, voire de terre battue, très glissantes quand il pleut, de sorte qu'arrivé en bas de la rampe, j'ai glissé, et mes deux pieds se sont tordus, le pied gauche en avant, et le pied droit en arrière. C'est le pied droit qui a le plus été

atteint. Je suis retourné immédiatement dans le centre de Balexert, car je souffrais, et j'ai fixé un rendez-vous auprès d'un médecin du MédiCentre, dont j'ignore le nom au moment où je vous parle. Vous me faites observer que les premiers documents médicaux font état presque exclusivement du membre inférieur gauche, en particulier la cheville, et ce n'est apparemment qu'au mois de décembre du document médical du MédiCentre, que l'on évoque le pied droit. En effet, je me souviens : je me suis trompé ci-dessus, c'est effectivement le pied gauche que l'on m'a soigné en premier, et ce n'est qu'après plusieurs mois que MédiCentre s'est occupé de mon pied droit. Par la suite, ne voyant pas d'amélioration dans les traitements effectués par le MédiCentre de Balexert, et ressentant toujours des douleurs surtout le matin en me levant. En effet, à cette époque, je ne ressentais pas de douleurs en particulier dans la journée, et c'est là que j'ai décidé d'aller consulter un spécialiste, en l'occurrence le Dr I\_\_\_\_\_. Vous me faites observer dans son rapport du 29 juillet 2015, ce médecin évoque une "nouvelle chute il y a trois mois" et vous me demandez quelles étaient les circonstances de cet événement, et les raisons pour lesquelles je n'ai consulté ce médecin que trois mois plus tard. En réalité, il ne s'agissait pas d'une chute : je maniais ce jour-là une auto-laveuse dans le centre de Balexert. Les ascenseurs étaient en panne, de sorte que j'avais dû monter à l'étage en poussant l'auto laveuse automatique en l'engageant sur le tapis roulant. À la fin de la rampe, la machine a commencé à reculer, redescendant cette rampe. Comme il y avait des gens derrière moi, j'ai essayé d'actionner le frein à pied qui se trouve sur la partie inférieure de la machine. Le pied droit s'est ainsi coincé sous la machine. Dans les suites de cet accident, le Dr I\_\_\_\_\_ a constaté que l'inflammation était énorme sur ce pied droit, que les médicaments ne servaient à rien. La dernière étape avant la chirurgie était la pratique d'infiltrations, j'en ai subies 4, qui n'ont pas fait d'effet. Ainsi, au mois de janvier 2017, j'ai été opéré, et grâce à cette opération j'ai pu me rétablir et retrouver une pleine capacité de travail dès le 7 juin 2017. Ainsi, s'agissant de mes conclusions, les indemnités journalières maladie sont ainsi réclamées jusqu'au 6 juin 2017 inclusivement. S'agissant du congé reçu de mon employeur par courrier du 30 mai 2016, nous avons interpellé l'employeur, le 16 juin 2017, en lui indiquant que le congé était nul et finalement nous avons pu nous mettre d'accord avec l'employeur sur une date de fin des rapports de travail au 16 juin 2017. Nous avons également introduit une demande de conciliation auprès du Tribunal des Prud'hommes, mais nous l'avons retirée par la suite ayant obtenu satisfaction pour des aspects totalement étrangers à la présente cause. ».

Mme M\_\_\_\_\_ a précisé : « S'agissant du licenciement du recourant par son employeur, mes collègues gestionnaires du dossier en ont été informés. Ceci dit, selon les conditions générales, l'employeur qui licencie doit informer l'employé de son droit de libre passage à l'assurance individuelle. Vous me faites observer que si le congé est nul en vertu de la CCT, la question d'un libre passage ne se pose pas, puisque la nullité du congé exclut la sortie de l'employé du contrat perte de gain

maladie. D'une manière générale, cela se passe en effet comme cela, mais nous ne sommes pas nécessairement informés de la nullité du licenciement.

S'agissant des conditions de la mise en œuvre de l'expertise Corela, vous me faites observer que par courrier recommandé du 30 mars 2016, nous avons informé l'assuré qu'il serait convoqué prochainement pour une expertise médicale, par courrier séparé. Ce courrier ne mentionnait aucune annexe. Vous me posez la question de savoir si nous avons soumis le projet d'expertise et le nom de l'expert à l'assuré en lui donnant la possibilité d'exercer son droit d'être entendu, d'abord par rapport au Dr G\_\_\_\_\_ de la Clinique Corela, respectivement par rapport du Dr H\_\_\_\_\_, avec la possibilité à l'assuré de faire valoir un éventuel droit de récusation de ces personnes. Je vous réponds que non. ».

Le recourant a confirmé : « Je n'ai jamais reçu de listes de questions à poser à l'expert ni le nom de celui qui allait m'expertiser, avant de recevoir une convocation pour le 19 avril 2016. Lorsque je suis arrivé à la Clinique Corela, on m'a accueilli et on m'a prié d'attendre dans une salle que "le médecin" vienne me chercher. Lorsque ce dernier est venu, il m'a juste indiqué "je suis le médecin", sans me préciser son nom. L'entretien a duré une cinquantaine de minutes. Il s'est surtout intéressé à ma vie. Il m'a fait marcher au milieu de la salle, après m'avoir fait enlever la botte orthopédique que je portais. Je ne pouvais pas marcher tellement ça me faisait souffrir, à en pleurer, mais le médecin m'a dit d'arrêter de pleurer parce que tout cela était psychologique.

Sur question de l'intimée, je confirme que, jusqu'au 7 juin 2017, je n'ai jamais pu retravailler. ».

Sur quoi, un délai a été imparti aux parties au 31 mai 2018 pour communiquer à la chambre de céans l'état de leurs éventuelles discussions et/ou accord.

29. Par courrier du 4 juin 2018, le conseil du recourant a indiqué à la chambre de céans qu'en l'état aucun accord n'avait pu intervenir entre les parties, dans la mesure où l'Hospice général est subrogé au droit du recourant, de sorte que toute transaction pour un montant inférieur à celui que cette institution a avancé équivaldrait concrètement, de son point de vue, à un « désistement » (sic!).
30. Sur quoi, les parties ont été informées que la cause était 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<sup>er</sup> 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'occurrence, 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 dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016 - renvoient expressément à la LAMal.  
  
c. Il s'agit par conséquent de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des art. 67ss LAMal, pour laquelle la chambre de céans est compétente.
2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56ss LPGA ainsi que 89A ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10] ).
3. Le litige porte sur la prétention du recourant de percevoir des indemnités journalières pour perte de gain maladie du 30 mai 2016 au 6 juin 2017 (selon les dernières conclusions du recourant, dans sa réplique, confirmées lors de son audition du 30 avril 2018), singulièrement sur l'existence d'une incapacité de travail pour cause de maladie à la charge de l'assureur, pendant la période susmentionnée.

Il y a lieu de relever que la limitation de l'obligation éventuelle de l'intimée de servir à l'assuré des indemnités journalières au-delà de la date du 31 juillet 2016, en raison du fait que par son licenciement le recourant serait sorti du cercle des assurés n'est plus litigieuse: il résulte en effet des déclarations concordantes des parties, lors de leur audition en comparution personnelle, que la nullité du congé - au demeurant constatable en tout temps - , opposée à l'employeur par le recourant a été admise par celui-là, les parties s'étant mises d'accord sur une date de licenciement reportée au 16 juin 2017, l'assureur perte de gain maladie en ayant été informé. Tout autre est la question de savoir si l'état de santé du recourant et son évolution ont, comme il le soutient, justifié une incapacité totale de travail du 30 mai 2016 au 6 juin 2017: cette question reste entière.

4. 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<sup>ère</sup> 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<sup>er</sup>, 1<sup>ère</sup> phrase). L'art. 73 LAMal prévoit par ailleurs une coordination avec l'assurance-chômage.

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 les CGA applicables au contrat d'assurance collective et individuelle, l'intimée accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité de travail résultant de la maladie, de la maternité et de l'accident, pour autant que ce risque soit inclus dans le contrat (art. 1 CGA). L'art. 13.1 CGA prévoit que l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25%. Cette disposition n'est pas applicable aux chômeurs.

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). Subit une perte de gain à la charge de l'assurance-indemnité journalière la personne qui, certes, a droit en principe à une indemnité de chômage mais qui, en raison d'une maladie, est passagèrement inapte au placement et, partant, ne peut prétendre une telle indemnité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.16/03 du 8 janvier 2004).

5. 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).

6. 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).

7. 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). Aussi n'existe-t-il 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 319 consid. 5a).
8. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, ou par le juge, en cas de recours ; ils entreprennent les mesures d'instruction nécessaires et recueillent les renseignements dont ils ont besoin. La chambre des assurances sociales de la Cour de justice peut réformer au détriment du recourant la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé. (cf. art. 43 al. 1 et 61 let c LPG et 89E LPA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de

---

demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. a. L'intimée a retenu que le recourant ne présente aucune atteinte à la santé ayant une répercussion sur sa capacité de travail. Il se fonde pour cela sur le rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, collaborateur de la clinique Corela.

Le recourant conteste ce rapport, tant sur la forme que sur le fond.

b. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101]), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 ; ATF 135 II 286 consid. 5.1 ; ATF 132 V 368 consid. 3.1).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 131 consid. 2b et les références).

c. En vertu de l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

Lorsque l'assureur ordonne une expertise avant de rendre une décision au sens de l'art. 49 LPGA, il doit respecter le droit de l'assuré d'être entendu à ce stade déjà. S'il omet de le faire, privant ainsi l'assuré de la faculté d'exercer ses droits de participation à l'établissement d'une expertise, le vice de procédure ne peut être

réparé, du moins lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (ATF 120 V 357 consid. 2b ; RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b, 1996 n° U 265 p. 294 consid. 3c).

À l'ATF 137 V 210 consid. 3, le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres) et ce afin que soient garantis les droits des parties découlant notamment du droit d'être entendu et de la notion de procès équitable (art. 29 al. 2 Cst., art. 42 LPGA et art. 6 ch. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH - RS 0.101] ; ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Il est notamment revenu sur la jurisprudence de l'ATF 132 V 93 selon laquelle la mise en œuvre d'une expertise par l'assureur social ne revêtait pas le caractère d'une décision. Il a jugé qu'en l'absence d'accord entre les parties, une telle mise en œuvre doit revêtir la forme d'une décision au sens de l'art. 49 LPGA correspondant à la notion de décision selon l'art. 5 PA de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021) laquelle peut être attaquée devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales respectivement le Tribunal administratif fédéral (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7). Il a modifié la jurisprudence de l'ATF 133 V 446 en ce sens que l'assuré a le droit de se déterminer préalablement sur les questions à l'attention des experts dans le cadre de la décision de mise en œuvre de l'expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9). Dans des arrêts ultérieurs, il a indiqué que ces principes et recommandations sont également applicables par analogie aux expertises mono- et bidisciplinaires (ATF 139 V 349 consid. 5.4).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une seconde opinion superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7 ; ATF 138 V 271 consid. 1.1). Il a également considéré qu'il convient d'accorder une importance plus grande que cela a été le cas jusqu'ici, à la mise en œuvre consensuelle d'une expertise, en s'inspirant notamment de l'art. 93 de la loi fédérale sur l'assurance militaire du 19 juin 1992 (LAM - RS 833.1) qui prescrit que l'assurance militaire doit rendre une décision incidente susceptible de recours (seulement) lorsqu'elle est en désaccord avec le requérant ou ses proches sur le choix de l'expert. Selon le Tribunal fédéral, il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui

peuvent être évités. Il faut également garder à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6).

S'agissant plus particulièrement de la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé dans un arrêt subséquent qu'il est dans l'intérêt des parties d'éviter une prolongation de la procédure en s'efforçant de parvenir à un consensus sur l'expertise, après que des objections matérielles ou formelles ont été soulevées par l'assuré. La recevabilité des objections n'est soumise à aucun délai, étant précisé que conformément au principe de la bonne foi, l'assuré est tenu de les formuler dès que possible. Si le consensus n'est pas atteint, l'assureur ordonnera une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré (ATF 138 V 271 consid. 1.1). Le Tribunal fédéral a encore récemment rappelé que depuis l'ATF 137 V 210, il existe en principe une obligation de la part de l'assureur de s'efforcer à mettre en œuvre une expertise consensuelle avant de rendre une décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_908/2012 du 22 février 2013 consid. 5.1).

d. La chambre de céans a jugé qu'indépendamment des griefs invoqués par l'assuré à l'encontre de l'expert, la cause devait être renvoyée à l'assureur, au motif que ce dernier n'avait pas essayé de parvenir à un accord avec l'assuré sur le choix de l'expert, ce qui violait les droits de participation de l'assuré dans la procédure de désignation de l'expert (ATAS/226/2013 et ATAS/263/2013). Dans ce dernier arrêt, la chambre de céans a également précisé que ce n'est pas uniquement en présence de justes motifs de récusation à l'encontre de l'expert que l'assuré peut émettre des contre-propositions.

Dans un arrêt (ATAS/598/2014 du 8 mars 2014) rendu en application de l'art. 133 al. 2 LOJ, la chambre de céans a considéré que le droit d'être entendu d'une assurée avait été violé, l'assurance n'ayant transmis les informations (nom de l'établissement chargé de l'expertise médicale, les questions soumises à l'expert avec un délai pour faire part de ses éventuelles remarques, délai que la recourante n'avait pas utilisé. Puis, un mois avant l'expertise, le nom des experts et la date des examens, sans que la patiente ne formule de remarques) qu'à la recourante alors qu'elle était représentée par un mandataire, avec élection de domicile. En privant la recourante de ses droits de participation à l'établissement d'une expertise déterminante pour statuer sur son droit aux prestations, la violation du droit d'être entendu ne pouvait pas être réparée. L'assurance avait privé le conseil de la recourante de la faculté de connaître les questions posées à l'expert et de formuler ses propres questions vidant ainsi de leur substance les nouvelles exigences procédurales qui visent à renforcer le caractère équitable de la procédure administrative. De plus, en ne communiquant pas les noms des experts au conseil de la recourante, il avait également empêché celui-ci de se prononcer sur le choix des experts et d'émettre des contre-propositions ; partant il avait violé son obligation de tendre à mettre en œuvre une expertise consensuelle. Comme le vice ne pouvait être réparé à ce stade de la procédure, l'expertise ne pouvait pas être

considérée comme un moyen de preuve approprié et les décisions fondées sur celle-ci devaient être annulées. La mise en œuvre de l'expertise devait être reprise ab initio afin que les experts soient choisis après discussions entre les parties.

Par arrêt du 13 décembre 2017, la chambre de céans a également estimé que le droit de l'assurée à participer à l'établissement d'une expertise avait été violé par l'assureur-accidents, étant donné que ce dernier ne l'avait pas informée de son droit à s'opposer à l'expert choisi et ne lui avait pas transmis la liste des questions qui seraient soumises à l'expert (ATAS/1138/2017).

e. Enfin, le juge des assurances peut examiner l'éventuelle violation du droit d'être entendu aussi bien sur contestation d'une partie que d'office (ATF 120 V 362 consid. 2a; cf. aussi ZIMMERLI, Zum rechtlichen Gehör im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren, in Festschrift 75 Jahre EVG, Berne 1992, p. 326). Ces principes ont encore été rappelés dans un arrêt très récent (ATAS/174/2018 du 5 mars 2018).

f. En l'espèce, il ressort non seulement des pièces produites par les parties, et en particulier du dossier de l'intimée, mais encore des déclarations mêmes de l'intimée en comparution personnelle, que cette dernière, après avoir fixé la date de l'expertise avec l'expert pressenti, a convoqué l'assuré au siège de la clinique Corela, à la date fixée ; elle a mentionné le nom de l'examineur, en précisant d'entrée de cause à l'assuré que s'il ne se présentait pas le jour de la convocation sans motif valable, ou s'il ne collaborait pas lors de l'examen, il s'exposerait à un refus, voire une demande de remboursement des prestations de la caisse ainsi qu'à la prise en charge des frais d'expertise. En revanche, elle ne lui a ni remis la liste des questions qu'elle entendait poser à l'expert, et a fortiori ne lui a pas indiqué son droit de poser d'éventuelles questions complémentaires ; elle ne lui a pas davantage indiqué qu'il était en droit de récuser l'expert, s'il avait des justes motifs pour le faire. De surcroît, l'expert annoncé par l'intimée dans la convocation n'est en définitive pas celui qui a procédé à l'expertise. Et comme pour le premier expert pressenti, l'intimée n'a pas réservé au recourant le droit d'être entendu à ce sujet, soit sur la révocation éventuelle de cet expert.

Au vu de ce qui précède, il est constant que le grave vice procédural imputable à l'intimée, consacrant une violation crasse du droit d'être entendu du recourant ne saurait être réparé, en particulier dans la phase judiciaire du litige, l'expertise ayant été rendue, cette expertise est en élément central sur lequel repose la décision entreprise, de sorte que la seule sanction possible est l'annulation de l'expertise mise en place. Et partant, dans la mesure où l'intimée, selon ses propres termes, a fondé la décision entreprise essentiellement sur l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, - ce qui ressort très largement du dossier d'ailleurs -, ce seul motif suffit à annuler la décision entreprise, la cause devant être retournée à l'intimée pour la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, en recherchant au besoin un consensus sur la désignation de l'expert, avec le recourant, et à tout le moins en respectant son droit d'être entendu dans le sens qui précède.

10. Du reste, et en tout état, la chambre de céans ne saurait accorder à cette expertise la moindre valeur probante. N'en déplaise à l'intimée, ce n'est qu'à la forme que ce rapport donne l'apparence d'une approche fouillée et complète. En réalité, ce rapport, à l'instar de nombre d'expertises réalisées par cette clinique, est prolixe, la version courte ne comportant pas moins de 41 pages, et la version longue, - figurant également au dossier -, n'en compte pas moins d'une soixantaine, dont l'essentiel est consacré à la théorie, à la méthodologie, parties peu contestables en tant que telles, mais souvent éloignées de la problématique à résoudre ; et lorsqu'il s'agit d'apprécier la situation concrète de l'expertisé, à court d'arguments, l'expert impute, sans les motiver, des discordances et des exagérations à l'expertisé ; et enfin, ne trouvant d'autres explications, il suggère d'aller rechercher l'absence de justification d'une incapacité de travail de l'assuré dans une prétendue problématique de conflit conjugal, en en voulant pour (seule) preuve la convocation, le lendemain de l'expertise, de l'intéressé à une audience ; il suggère encore une supposée frustration de l'intéressé dans l'activité professionnelle exercée dans le nettoyage, par rapport aux compétences qu'il avait acquises dans son pays d'origine. La lecture des parties essentielles de cette expertise laisse manifestement l'impression d'un parti pris qui suscite de nombreux doutes quant à l'objectivité, l'impartialité, sinon une certaine empathie, que l'on est en droit d'attendre d'un expert.
11. A cela s'ajoute encore que le Tribunal fédéral, à la suite de son arrêt relatif à la clinique Corela (2C\_32/2017 du 22 décembre 2017), a notamment rendu un arrêt dans lequel il relève qu'indépendamment du fait que l'expert V. (intervenant dans le cadre de la clinique Corela) ne répondait pas à la question essentielle posée, le Tribunal fédéral considère en substance qu'« il n'est pas certain que l'on puisse accorder pleine confiance aux conclusions de cette expertise pratiquée au sein du « département expertise » de la Clinique Corela SA. En effet, par arrêté du 25 juin 2015 le Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé de la République et canton de Genève a retiré à cet établissement l'autorisation d'exploiter une institution de santé pour une durée de trois mois. Ce retrait a été confirmé par le Tribunal fédéral en ce qui concerne du moins les départements « psychiatrie » et « expertise » de cet établissement. (...) Les expertises pratiquées auprès du département en question ont un poids déterminant pour de nombreux justiciables, de sorte que l'on peut attendre de ces expertises qu'elles soient rendues dans les règles de l'art, (...) et dans lesquelles l'administré et l'autorité peuvent avoir pleine confiance, (...). Or de très importants manquements ont été constatés dans la gestion de l'institution de santé et en particulier des graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement. C'est pourquoi le Tribunal fédéral a jugé qu'une mesure de retrait de trois mois de l'autorisation d'exploiter le département "expertise" n'était pas contraire au droit [arrêt 2C\_32/2017 du 22 décembre 2017] ». Il a ensuite relevé qu'à la suite de cet arrêt, la Cour de justice de la République et canton de Genève avait publié un communiqué de presse aux termes duquel les assurés dont le droit à des prestations avait été nié sur la base d'une expertise effectuée à la Clinique

---

Corela SA avaient la possibilité de demander la révision - devant l'autorité qui a statué en dernier lieu au sujet de la décision les concernant - sans garantie quant au succès de cette démarche - dans un délai de 90 jours depuis la connaissance des faits susmentionnés, et que de son côté, en réponse à une question d'une parlementaire, le Conseil fédéral a indiqué que les organes de l'assurance-invalidité avaient renoncé à confier des mandats d'expertise à cette clinique depuis 2015 et qu'ils venaient de résilier la convention tarifaire conclue avec celle-ci. Et le Tribunal fédéral de conclure qu'au vu de ce qui précède, on ne saurait reprocher à la cour cantonale de s'être écartée - même si c'était pour d'autres motifs - des conclusions de l'expert V. et d'avoir renvoyé la cause à la recourante pour instruction complémentaire (arrêt du TF 8C\_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 5.2.2). Enfin, dans un arrêt 9F\_5/2018 du 16 août 2018, le Tribunal fédéral a admis la demande de révision d'une assurée qu'il avait déboutée en 2016 en reconnaissant, à l'instar de la juridiction cantonale, une pleine valeur probante à une expertise de la clinique Corela. Il a considéré que l'expertise en cause ayant été rendue le 21 mars 2014 par un médecin psychiatre au sein de cette clinique, soit à une époque où le responsable médical du « département expertise » modifiait illicitement le contenu de rapports, cette expertise ne peut pas servir de fondement pour statuer sur le droit de la requérante aux prestations de l'assurance-invalidité. Peu importe le point de savoir si ledit responsable est concrètement intervenu dans la rédaction du rapport du docteur N\_\_\_\_\_, voire en a modifié le contenu à l'insu de son auteur, parce qu'il n'est en tout état de cause pas possible d'accorder pleine confiance au rapport du 21 mars 2014, établi sous l'enseigne de la clinique O\_\_\_\_\_. Les exigences liées à la qualité de l'exécution d'un mandat d'expertise médicale en droit des assurances sociales ne pouvaient être considérées comme suffisamment garanties au sein du « département expertise » de celle-ci (sur l'importance de la garantie de qualité de l'expertise administrative, SUSANNE LEUZINGER, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Mélanges à l'occasion du 65ème anniversaire de Erwin Murer, 2010, p. 438) (ATAS/772/2018 du 10 septembre 2018).

Par conséquent et vu de ce qui précède, le renvoi du dossier à l'intimée se justifie. Il appartiendra à cette dernière de mettre en œuvre une nouvelle expertise et de donner la possibilité au recourant de se prononcer sur la personne de l'expert pressenti (droit de récusation éventuelle motivée) et/ou sur les questions à lui soumettre, en lui réservant la possibilité de poser des questions complémentaires.

12. Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 1'800.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
13. Pour le surplus la procédure est gratuite (art. 61 lettre a LPGA et 89H al. 1 LPA).



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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition de Philos assurance maladie SA du 3 février 2017 et en tant que de besoin celle du 25 mai 2016.
4. Retourne la cause à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante un montant de CHF 1'800.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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