

FR_GERICHTE 608 2025 49 vom 4. Februar 2026

FR Kantonsgericht, 2026-02-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2025_49

FR: FR_GERICHTE 608 2025 49 du 4 février 2026

IT: FR_GERICHTE 608 2025 49 del 4 febbraio 2026

Erwägungen

E. 31

mars 2023. L'annonce du cas à l'assureur a été faite le 6 novembre de la même année. Par décision du 12 mars 2024, celui-ci lui a accordé le versement d'indemnités journalières dudit 6 novembre 2023, considérant que l'annonce avait été tardive, au 29 janvier 2024, date de l'examen auquel s'est soumis l'assuré dans le cadre de l'expertise mise en œuvre, au motif que le droit à l'indemnité journalière avait cessé depuis lors. L'intéressé a formé opposition le 18 avril 2024, complétée les 10 juillet 2024 et 23 janvier 2025, opposition rejetée le 12 mars 2025. C. Contre cette décision sur opposition, l'assuré, représenté par Me Constantin Ruffieux, avocat, recourt auprès du Tribunal cantonal, le 14 avril 2025, concluant, sous suite de dépens, principalement, à ce que les prestations d'assurance (indemnités journalières et éventuels frais de traitement) lui soient versées du 31 mars 2023 jusqu'à son rétablissement; subsidiairement, au renvoi de la cause à l'assureur pour nouvelle décision au sens des considérants. Il invoque une violation grave de son droit d'être entendu du fait de plusieurs motifs. A côté de ce grief formel, il remet en cause la valeur probante du rapport d'expertise du 9 février 2024 et de son complément du 8 octobre de la même année, soutenant qu'ils ne permettent pas de déterminer s'il disposait d'une capacité de travail complète depuis le 29 janvier 2024. Ensuite, il fait état d'une violation de l'art. 29 al. 1 LPG et du principe de la proportionnalité, considérant que le caractère excusable de l'annonce tardive doit être retenu, et qu'à défaut, il est à tout le moins disproportionné de nier son droit à des indemnités du 31 mars au 6 novembre 2023. Enfin, il requiert formellement qu'une contre-expertise soit réalisée. Dans ses observations du 24 juillet 2025, l'assureur conclut, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours ainsi qu'au déboutement de toutes les conclusions; subsidiairement, à ce qu'il soit acheminé à prouver par toutes voies de droit ses conclusions ou conclusions contraires. Il rejette le grief de violation du droit d'être entendu, défend la valeur probante de l'expertise, considère que le refus de prester du 31 mars au 6 novembre 2023 est proportionnel, l'annonce tardive n'étant pas excusable, et nie toute constatation inexacte et incomplète des faits pertinents. Dès lors, c'est à raison qu'il a refusé de prester avant le 6 novembre 2023, date de l'annonce de l'incapacité, et à compter du 29 janvier 2024, car il n'existait alors plus d'incapacité de travail médicalement attestée. En outre, la condition principale du recourant ainsi que celle tendant au versement d'une indemnité de dépens de CHF 5'000.- ne sont pas recevables. La première parce que le recourant omet que des indemnités journalières ont été versées du 6 novembre 2023 au 29 janvier 2024, qu'il ne tient pas compte du délai d'attente de 60 jours, qu'aucun certificat médical n'a été produit attestant une incapacité de travail postérieure au 28 février 2025, que les frais de traitements ne sont pas à la charge de l'assureur perte de gain, et que la durée de prestations est limitée à 720 jours. La seconde, parce qu'en cas de gain de cause, le mandataire du recourant devra présenter une liste de frais.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 18 Dans sa détermination spontanée du 18 septembre 2025, le recourant maintient l'intégralité de ses griefs et de ses conclusions. L'assureur se détermine ultimement le 24 novembre 2025, campant sur ses positions. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré, dûment représenté, directement touché par la décision sur opposition attaquée, le recours est recevable. 2. Le recourant invoque une violation du droit d'être entendu. Ce grief de nature formelle doit être examiné en premier dans la mesure où il pourrait entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (cf. ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1; 141 V 495 consid. 2.2 et les arrêts cités). 2.1. Le droit d'être entendu est consacré à l'art. 29 al. 2 Cst.. Il permet notamment au justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, de fournir valablement des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, d'avoir accès au dossier, de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3; 135 I 279 consid. 2.3; 135 II 286 consid. 5.1; arrêt TAF A-8271/2015 du 29 août 2016 consid. 3.1.2). Le droit d'être entendu impose en outre à l'autorité de motiver clairement sa décision (ATF 134 I 83 consid. 4.1; arrêt TF 4A_408/2010 du 7 octobre 2010 consid. 2.1; arrêt TAF A-5228/2016 du 25 avril 2017 consid. 3.2.1). En matière d'assurances sociales, ce principe est concrétisé à l'art. 42 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAMal, qui prévoit certes que les parties ont le droit d'être entendues mais qu'il n'est pas nécessaire de les entendre avant une décision sujette à opposition. Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu l'obligation pour l'autorité de motiver sa décision, afin que l'intéressé puisse la comprendre, se rendre compte de sa portée, l'attaquer en connaissance de cause cas échéant (cf. ATF 146 II 335 consid. 5.1; 143 III 65 consid. 5.2; 142 I 135 consid. 2.1; arrêt TF 9C_187/2024 du 19 septembre 2024 consid. 5.2). Pour satisfaire à cette exigence, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision. Elle n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à ceux qui, sans arbitraire, peuvent être tenus pour pertinents. Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une

Tribunal cantonal TC Page 4 de 18 décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. Celle-ci peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (cf. ATF 141 V 557 consid. 3.2.1; arrêt TF 8C_627/2023 du 3 juillet 2024 consid. 4.2). Une violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen, pouvant contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée; cette réparation doit toutefois rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux procéduraux de la partie lésée; cela étant, elle peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (cf. ATF 147 IV 340

consid. 4.11.3; 142 II 218 consid. 2.8.1; arrêt TF 8C_21/2024 du 24 juin 2024 consid. 3.2.2). 2.2. En l'espèce, selon le recourant, il y a violation grave de son droit d'être entendu par le refus de transmettre une copie du dossier au mandataire avant que ne soit échu le délai d'opposition, par une motivation inexistante, notamment sur le plan juridique, par le fait de nier l'existence des vingt- quatre (voire trente) rapports, attestations et certificats établis, et par le fait qu'un courrier du 7 mars 2025 mentionné dans la décision sur opposition ne lui a pas été transmis, ni un délai pour se déterminer à son égard donné. 2.2.1 Durant le délai d'opposition, l'assuré n'a pas disposé du dossier qu'il avait demandé à plusieurs reprises. Cela étant, lorsqu'il lui a été transmis, il a bénéficié de prolongations de délai - de plusieurs mois au total - pour compléter son opposition. Si cette non-transmission dans un premier temps, que l'assureur explique par une surcharge de travail, est regrettable et si le droit à consulter son dossier est de nature formelle également, il faut considérer que la violation de ce droit a en tout état de cause été guérie par cette ample possibilité donnée de s'exprimer une fois le dossier reçu dans le cadre de l'opposition. 2.2.2. S'agissant du défaut de motivation allégué, notamment du prétendu manque de subsomption, on relèvera que l'assureur a recherché l'avis de l'experte sur l'opposition complétée et a soumis celui-ci à l'assuré; il a également demandé à son psychiatre-conseil de se prononcer après la nouvelle détermination de l'assuré (cf. infra). Dans sa décision sur opposition, il a repris les conclusions de ceux-ci et a indiqué retenir pleine valeur probante à l'expertise (et à son complément); selon lui, une nouvelle expertise ne devait pas être mise en œuvre. En outre, il a exprimé ne pas prêter avant l'annonce tardive de l'incapacité de travail, considérant inexcusable le retard pour faire dite annonce. En se fondant essentiellement sur les avis de l'experte, il a décidé le maintien de la fin du versement de l'indemnité journalière au 29 janvier 2024, date de l'entretien avec l'experte, estimant que la capacité de travail dans la dernière activité exercée était alors déjà de 100%. Quand bien même la motivation serait-elle estimée succincte à certains égards sur ces deux points, il faut toutefois retenir qu'elle a permis au recourant de comprendre les éléments qui ont été retenus par l'assureur et d'attaquer la décision sur opposition par un mémoire circonstancié, étant rappelé que celui-ci n'avait pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par l'assuré, mais pouvait se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (cf. ATF 143 III 65 consid. 5.2). 2.2.3. Le recourant reproche à l'assureur d'avoir nié l'existence des rapports, attestations et certificats établis. Il fait là manifestement (cf. recours, Motivation, ch. 6) référence à la phrase suivante figurant dans la décision sur opposition, ch. 11: "Il ne produit par ailleurs aucun rapport

Tribunal cantonal TC Page 5 de 18 médical pour étayer ses affirmations." Or, remis dans son contexte, il est patent que l'assureur indiquait simplement que l'assuré n'avait pas produit de pièce médicale (nouvelle) avec sa détermination du 23 janvier 2025. Pour le reste, l'assureur et l'experte n'ont pas ignoré que l'assuré avait déposé tout au long de la procédure des certificats d'arrêt de travail, ainsi que des pièces des Dres B. _____ et C. _____, et de la psychologue D. _____ (cf. décision sur opposition, not. En fait, ch. 2 ss; expertise du 9 février 2024 et son complément du 8 octobre 2024; infra). L'assureur ne devait en outre pas se prononcer relativement à chaque document dans sa décision sur opposition. Que l'assureur ait suivi l'appréciation de l'experte, dans un sens défavorable à l'assuré, ne saurait signifier que la décision serait lacunaire pour autant. 2.2.4. Enfin, le recourant fait grief à l'assureur de s'être référé dans sa décision sur opposition à l'avis du 7 mars 2025 du psychiatre-conseil (cf. pce 41 du bordereau de l'assureur) sur sa détermination du 23 janvier de la même année sans le lui avoir fait parvenir. Il n'a pu dès lors se

positionner à son sujet. Dans ses courtes réponses à un questionnaire, le médecin-conseil, en substance, se borne à indiquer que des éléments médicaux nouveaux n'ont pas été apportés avec la détermination du 23 janvier 2025, laquelle est constituée d'arguments juridiques et ne nécessite pas d'être soumise à l'experte. Cela étant, on observera que le recourant n'a pas demandé à consulter ce document qu'a produit l'assureur dans son bordereau de pièces dans le cadre de la présente procédure. Ce point ne doit pas être tranché plus avant au vu de ce qui suit.

2.2.5. Une violation du droit d'être entendu serait-elle avérée qu'elle aura manifestement été réparée devant la Cour de céans, devant laquelle le recourant a pu amplement réitérer ses griefs et arguments et qui dispose d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit (cf. ATF 132 V 387 consid. 5.1 et la référence; plein pouvoir en opportunité également, cf. art. 78 al. 2 CPJA). Enfin, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération dans la mesure où il conduirait formellement à un temps mort ainsi qu'à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt de l'assuré à un jugement expéditif de la cause (ATF 132 V 387 consid. 5.1).

2.2.6. Pour ces motifs, le grief tiré de la violation du droit d'être entendu doit être rejeté.

3. Sur le fond, est litigieux le droit de l'assuré à des indemnités journalières avant et après la période durant laquelle l'assureur a accepté de prester.

3.1. A teneur de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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. En l'espèce, le droit à une indemnité journalière est subordonné à ce que l'assuré subisse une perte de salaire ou de gain effective en raison d'une atteinte à la santé due à une maladie (cf. arrêt TF 9C_131/2020 du 5 février 2021 consid. 3.2).

3.2. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes

Tribunal cantonal TC Page 6 de 18 concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. On conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). La phase diagnostique doit prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité; il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Indépendamment de leur

diagnostic, des troubles entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (cf. ATF 143 V 418). L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 (ATF 125 V 351).

3.3. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent 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 122 V 157 consid. 1c et les références citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, 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 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). La tâche de l'expert consiste à se prononcer quant aux atteintes à la santé et à leurs effets sur la capacité de travail, y compris dans une éventuelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 devant être retenues médicalement selon lui. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter de son bien-fondé, le contenu de cette expertise doit être préféré à celui d'autres pièces médicales. Il y a en effet lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). On ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

3.4. En matière d'assurances sociales (cf. ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6; 140 III 610 consid. 4.1; 135 V 39 consid. 6.1), le juge fonde généralement sa décision 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; ce degré suppose bien plutôt que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. Dit autrement, le seuil de ce degré de la vraisemblance prépondérante est

atteint si les motifs de tenir une allégation pour exacte sont, d'un point de vue objectif, tellement impérieux que les autres possibilités hypothétiques n'entrent pas sérieusement en considération. La simple possibilité d'un certain état de fait ne suffit pas pour remplir cette exigence de preuve. Il n'y a donc pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (cf. ATF 135 V 39 consid. 6.1; 126 V 319 consid. 5a). 4. En l'espèce, le recourant remet en cause à cet égard la valeur probante de l'expertise et de son complément. 4.1. Pour son appréciation, l'experte E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, experte certifiée SIM (Swiss Insurance Medicine), s'est fondée sur l'étude du dossier asséurologique transmis. La teneur du dossier médical dont elle avait connaissance lors de son expertise ou du complément de celle-ci, a été en particulier mentionnée. Elle a fait état notamment de l'anamnèse ainsi que des plaintes, des données et indications subjectives de l'assuré et des observations cliniques réalisées. Elle ne s'est pas contentée de considérer de manière abstraite la problématique. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique, le contexte et l'appréciation médicaux ont été décrits de manière claire. Elle a livré ses constatations objectives obtenues lorsqu'elle a examiné personnellement l'assuré et observé son comportement. Elle a analysé en particulier ses capacités, ressources et difficultés (limitations fonctionnelles) éventuelles. Elle a apporté une conclusion à son expertise et répondu aux questions qui lui étaient posées, y compris dans son complément à l'expertise. Cette dernière remplit ainsi les conditions posées par la jurisprudence pour lui reconnaître force probante sur le plan formel. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter de son bien-fondé, son contenu doit être préféré à celui d'autres pièces médicales, étant rappelé pour le surplus la certaine réserve à observer, cas échéant, par rapport à un document provenant d'un médecin traitant. La tâche de l'experte consistait à se prononcer quant aux atteintes à la santé et à leurs effets sur la capacité de travail, y compris dans une éventuelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles devant être retenues médicalement selon elle. Cela étant, il revenait à l'assureur, au Tribunal

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18 désormais, de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'assuré, la compétence des médecins n'allant pas jusque-là (cf. en matière AI, arrêts TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1 in SVR 2020 IV n° 48 p. 63; 9C_710/2023 du 28 juin 2024 consid. 6.3). La simple possibilité d'une atteinte à la santé au sens d'une hypothèse insuffisamment vérifiée cliniquement ne suffit pas pour la retenir ici. La détermination d'un éventuel droit à l'indemnité journalière est fondamentalement indépendante du diagnostic et de l'étiologie; ce qui est essentiel, c'est si, et dans quelle mesure alors, il existe une altération de la capacité de travail (cf. en matière AI, ATF 141 V 585 consid. 4.2.3, non publ. in SVR 2016 IV n° 102; arrêt TF 8C_41/2019 du 9 mai 2019 consid. 7.3). 5. Reste à examiner ce qu'il en est de l'expertise et de son complément du point de vue matériel. 5.1. Devant l'experte (cf. expertise, p. 2 ss), l'assuré explique avoir aimé travailler avec son ancien supérieur hiérarchique, parti il y a six ans, qui, très méticuleux, disait exactement ce qu'il fallait faire. Le nouveau chef est gentil mais moins méticuleux et précis. Il y a 3 ou 4 ans, l'entreprise a acquis un nouveau programme pour son activité; depuis, l'assuré trouve son travail beaucoup moins intéressant. Il s'entendait également très bien avec un collègue retraité depuis février 2023 – soit peu avant le début de son incapacité de travail – et remplacé par un jeune collègue, lequel commet des erreurs que le nouveau chef demande à l'assuré de réparer, ce qui l'énerve progressivement. En mars 2023, le patron de l'entreprise a annoncé qu'il la vendait. L'assuré a commencé à se sentir angoissé, à dormir mal, à ne plus arriver à s'exprimer face à l'administrateur. Il est rentré et son médecin

traitant a ordonné un arrêt médical. Initialement, il se posait beaucoup de questions: devait-il démissionner et chercher un nouveau travail. L'évolution a été progressivement favorable. En été, lorsque son épouse et son fils étaient en vacances, il se sentait mieux ne pensant plus à ses problèmes au travail. Derechef seul à domicile en septembre 2023, il se sentait moins bien, angoissé, présentant à nouveau quelques symptômes en pensant à son travail. Son antidépresseur a alors été augmenté à 20 mg/j. En décembre 2023, le patron lui a dit, chez lui, qu'il ne serait pas licencié. Il relate, actuellement, une anxiété, une tristesse et une baisse de la concentration quand il pense au travail, non quand il fait une activité. Il cotise pour une organisation spécifique à son métier lui permettant de prendre sa retraite à 62 ans; s'il change de type de métier, il devra prendre sa retraite à 65 ans, ce qu'il ne souhaite pas. Il attend d'un coach de l'AI de l'aide pour trouver un autre poste de travail – respectivement, pour réintégrer son ancien poste de manière progressive (cf. les réponses à un questionnaire, non produit, de la Dre C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitante, du 10 juin 2024, ci-après: rapport du 10 juin 2024; courriel du coach F. _____, du 12 avril 2024). 5.2. A l'experte, l'assuré ne décrit pas de suivi psychiatrique ni psychothérapeutique avant la situation actuelle (cf. expertise, p. 4; complément d'expertise, not. p. 11). On ne saurait ainsi faire grief à celle-ci de n'avoir pas pris en compte un suivi qu'il aurait eu en 2009 pour un épisode dépressif (cf. recours, Motivation, ch. 18; rapport de la Dre C. _____ précité). La psychiatre traitante ne dit pas si elle considère que le caractère récurrent – qu'elle seule mentionne – du trouble dépressif qu'elle retient serait donné par le fait de cet épisode précédent allégué. Cela étant, cet élément, dont on ignore les détails (durée, traitement, ...) ne paraît pas être déterminant s'agissant de l'état présent, étant relevé qu'il serait survenu quelque 14 ans plus tôt et que, selon le recourant lui-même, avant son incapacité de travail débutée en mars 2023, il n'avait jamais été en arrêt maladie

Tribunal cantonal TC Page 9 de 18 (cf. recours, Motivation, ch. 33). Quoi qu'il en soit, il n'y a pas lieu de se prononcer davantage sur ce point au vu de ce qui suit. 5.3. Il ressort du dossier que l'assuré est vu par le Dr G. _____, médecin généraliste traitant, la première fois le 3 avril 2023, lequel ordonne un arrêt de travail de 100% depuis le 31 mars précédent; il le consulte la dernière fois le 30 juin 2023. C'est ensuite, à partir du 27 juillet 2023, la Dre B. _____, mêmes spécialité et cabinet médical, qui le suit et délivre les certificats d'incapacité de travail (cf. le calendrier des consultations dans le rapport de ce médecin, du 15 novembre 2023, et les certificats établis le jour même de chacune). L'assuré voit d'abord un médecin généraliste traitant environ chaque deux semaines, puis, dès juillet 2023, une fois par mois. L'assuré est vu par la psychologue D. _____ à partir du 1er juin 2023, chaque 15 jours, hormis du 11 juin au 24 août 2023, ainsi que du 6 février au 25 mars 2024, où elle est en arrêt maladie (cf. pièce du 15 avril 2024). Quant au suivi psychiatrique, la Dre C. _____ écrit, le 10 juin 2024, que l'assuré lui a été adressé par son médecin traitant, la Dre B. _____, fin mars 2023, ce que, dans son complément à son expertise, la Dre E. _____ indique n'être pas clair au vu du dossier. Pour la Cour, c'est en effet manifestement par erreur de plume que la Dre C. _____ indique l'année 2023 au lieu de l'année 2024; elle explique elle-même en effet le suivi – par des généralistes traitants ainsi que par une psychologue – intervenu jusqu'ici et indique avoir "donc" reçu l'assuré par ses soins le 2 avril 2024 pour une réévaluation de la prise en charge et une potentialisation du traitement psychotrope. Dans sa détermination du 23 janvier 2025 (Ad 22.1, p. 6), l'assuré précise d'ailleurs être suivi par cette praticienne depuis cette date (cf. ég. l'opposition du 28 avril 2024, où il n'est pas fait mention de ce suivi psychiatrique). Ce que confirment aussi le

rapport du 15 novembre 2023 de la Dre B. _____ (cf. également la déclaration d'incapacité de travail de l'assuré du 28 novembre 2023), dans lequel elle dit que le patient ne consulte ni psychiatre ni autre intervenant de la santé, mais uniquement la psychologue D. _____, et la détermination de cette dernière, du 15 avril 2024, dans laquelle elle indique, qu'un suivi complémentaire vient de débiter auprès d'une psychiatre (la Dre C. _____), notamment pour adapter la médication, et que lorsqu'elle-même a connu des arrêts maladie, le relai a été pris par les médecins généralistes. La psychiatre traitante établit en outre son premier certificat d'incapacité (totale) de travail, à partir du 1er mai 2024, le 26 avril 2024. A noter encore que, dans sa décision du 12 mars 2024, l'assureur annonce envoyer à la Dre B. _____ une copie de l'expertise; le suivi psychiatrique débute peu après et la Dre C. _____ prend connaissance également de celle-ci; elle n'indique pas la fréquence des consultations depuis le 2 avril 2024; selon les certificats d'incapacité de travail qu'elle a délivrés, elle serait d'environ une fois par mois. Jusqu'au 2 avril 2024, le seul suivi médical de l'assuré est ainsi celui en médecine générale. On ne peut donc faire reproche à l'experte de ne pas avoir pris en considération un suivi psychiatrique qui n'existe pas lorsqu'elle voit l'assuré, le 29 janvier 2024. Elle s'est en outre dûment prononcée sur la pièce médicale de la Dre C. _____, du 10 juin 2024, dans son complément à l'expertise.

5.4. 5.4.1. L'experte diagnostique un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22), ayant débuté en mars 2023. Selon la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10ème révision (CIM-10), cette atteinte à la santé psychique – qui fait partie du groupe "réactions à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation" (F43) –, n'est en principe pas considérée comme une maladie de longue durée et donc potentiellement invalidante; ce trouble dure rarement

Tribunal cantonal TC Page 10 de 18 plus de six mois (cf. arrêt TF 9C_408/2023 du 23 avril 2024 consid. 5.2). C'est à raison, ainsi, que l'experte (cf. expertise, p. 6) indique qu'il ne dure en général pas plus de six mois après la fin du facteur "stresseur". 5.4.2. Avec l'experte, la Cour relève en outre le contexte de la survenance de l'incapacité de travail décrit par l'assuré, à savoir les changements à son travail ces six dernières années, singulièrement le départ d'un ancien chef ainsi que d'un collègue, qu'il appréciait et dont le remplacement est source d'irritation, un nouveau programme rendant moins intéressant son travail, une vente prévue de l'entreprise dans laquelle il est actif, ainsi que le souhait de ne pas changer de travail pour pouvoir prendre sa retraite à 62 ans au lieu de 65 (cf. not. expertise, p. 2ss et 6; complément de l'expertise, p. 5 et 7ss; supra, consid. 4.2.1). Il y a là (cf. expertise, p. 8 et complément d'expertise, p. 8) de nombreux facteurs extra-médicaux qu'il n'y a pas lieu de prendre en considération pour l'appréciation objective de l'incapacité de travail. On peut uniquement considérer, toujours avec l'experte, la synergie entre l'âge de l'assuré et les divers changements au travail comme des facteurs de surcharge. L'assuré se dit alors (en avril 2023; cf. expertise, p. 5) angoissé quant à son avenir professionnel, peiner à dormir, se sentir fatigué, avec une concentration et une estime de soi diminuées, ainsi que par moment une tristesse. L'évolution de l'ensemble des symptômes est progressivement favorable selon ce qu'il rapporte lui-même, à telle enseigne qu'en été 2023, notamment lors des vacances de son épouse et de l'un des enfants, il se sent mieux, ne pensant plus à ses problèmes au travail; parlant d'autres choses avec sa famille, il n'est plus triste ni angoissé, dort bien et n'est plus fatigué, expliquant avoir récupéré de l'énergie en bricolant; l'ensemble des symptômes s'est bien amélioré. Seul (le matin) à domicile en septembre 2023, il se sent moins bien, angoissé, présentant ainsi à nouveau quelques symptômes, ce lorsqu'il pense à son travail. Son antidépresseur Escitalopram est alors augmenté à 20 mg/j. On peut noter au

passage que le traitement médicamenteux n'a pas été prescrit par un médecin psychiatre, que le dosage de celui précité était relativement bas, avant et après septembre 2023, que la psychiatre traitante n'a pas indiqué avoir modifié le traitement anti-dépresseur et que, jusqu'au 2 avril 2024 (cf. infra), le suivi de l'assuré était assuré par un médecin généraliste et une psychologue, sans prise en charge psychiatrique. Cela parle en faveur d'une atteinte de peu d'intensité. En décembre 2023, son patron lui dit qu'il ne sera pas licencié, ce qui, toujours de l'avis de la Cour, a manifestement dû contribuer à le rassurer et à stabiliser l'évolution positive intervenue jusqu'alors. On relèvera d'ailleurs que la psychologue D. _____ – dont le suivi a été interrompu durant l'été 2023 –, qui retient également initialement et jusqu'à son rapport du 15 avril 2024, un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive, fait mention d'une légère évolution (amélioration) début 2024. Au temps de l'entretien avec l'experte, le 29 janvier 2024, l'assuré se plaint d'une anxiété, d'une tristesse et d'une baisse de la concentration, mais uniquement lorsqu'il pense au travail, non quand il fait une activité. 5.4.3. Selon l'experte (cf. expertise, p. 5 ss; complément d'expertise, not. p. 12), l'atteinte psychique dont souffrait l'assuré a évolué favorablement et pris fin durant l'été 2023. De septembre 2023 jusqu'à l'entretien du 29 janvier 2024, elle estime qu'il n'y avait plus aucune maladie psychique; actuellement, il n'y a pas suffisamment d'éléments permettant de retenir une incapacité de travail. En d'autres termes, la réapparition de certains symptômes qu'indique avoir connue l'assuré en septembre 2023 ne constitue pas, selon elle, et la Cour la rejoint, la poursuite ou la renaissance du trouble de l'adaptation, ni la survenance d'une nouvelle atteinte. Au temps de l'expertise, le recourant se plaint uniquement d'une anxiété, d'une tristesse et d'une baisse de la concentration lorsqu'il pense au travail, mais pas lorsqu'il fait une activité. L'experte ne préconise en outre que la poursuite du

Tribunal cantonal TC Page 11 de 18 suivi psychologique (cf. expertise, p. 8). Cela, de l'avis de la Cour, montre aussi l'amélioration de la situation et un état de santé objectivement compatible avec une reprise du travail, ou, comme le dit l'experte, une insuffisance d'éléments permettant de retenir, au moment de l'expertise, une incapacité de travail. Dit autrement, on doit considérer que la tristesse et l'anxiété dont l'assuré fait état lorsqu'il pense au travail ne sont pas d'une intensité suffisante pour qu'ils puissent être attribués à un trouble psychiatrique avec incidence sur la capacité de travail. En outre, l'assuré ne rapporte que peu de répercussions (cf. expertise, p. 3 et 6) de l'atteinte psychique sur les activités de la vie quotidienne, y compris initialement. En avril 2023, son épouse faisait principalement les courses car il ne voulait pas croiser du monde susceptible de lui poser des questions; actuellement, il accompagne parfois sa femme, mais demande à les faire dans un autre village pour moins risquer de croiser des gens qu'il connaît. Cette recherche d'évitement ne saurait, de l'avis de l'experte (cf. complément d'expertise, p. 12), et de la Cour, s'apparenter à une anxiété invalidante qui empêcherait l'assuré de sortir par peur de croiser du monde, le priverait de toute capacité de contact et de conversation. Il a en outre toujours continué de conduire et ses relations sentimentales et sociales, notamment avec sa famille, sont maintenues. Il n'y a objectivement pas d'obstacle aux performances sociales. Quant à ses affaires administratives, il explique que c'est au début de l'atteinte qu'il ne s'en est pas occupé et que son épouse n'a fait que le suivi des factures; sans devoir se prononcer plus avant à ce stade sur cette négligence ou cette procrastination, il sied de relever que cette absence de suivi n'a été qu'initiale selon l'assuré lui-même. Le déroulement d'une journée-type et les hobbies pratiqués (cf. expertise, p. 4) ne laissent transparaître aucune entrave, aucune singularité due à une atteinte psychique; en d'autres termes, il n'y a pas

d'altération du fonctionnement quotidien. Clairement, selon la Cour, l'assuré dispose de ressources en suffisance. En outre, recourant à une mini CIF-APP (cf. expertise, p. 6 s.), outil d'hétéro-évaluation, l'experte exclut toute limitation fonctionnelle. Enfin, on relèvera que, selon ce qui ressort de l'expertise, il n'y a pas une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines de l'existence chez un assuré invoquant une incapacité de travail totale, mais ne connaissant somme toute pas de limitation objective dans les fonctions de la vie courante. 5.4.4. Au terme de son appréciation de l'anamnèse, de ses constatations et de son analyse des limitations de l'assuré, l'experte retient, relativement à l'atteinte dont a souffert l'assuré, qu'au "vu du mode d'apparition des symptômes, de leurs nombres, qualités et intensités, ainsi que de leur évolution, cela parle davantage pour un trouble de l'adaptation que pour un épisode dépressif" (expertise, p. 6). A cet égard, elle a fait notamment état d'une thymie observée neutre et de l'absence de trouble de l'appétit, d'idées de culpabilité et d'idéation noire, ainsi que d'hallucinations auditives ou visuelles. Elle écarte ainsi le diagnostic d'épisode dépressif modéré apparu en mars 2023 (cf. rapport du 15 novembre 2023) retenu par la Dre B._____. Selon cette dernière, à l'anamnèse, l'assuré décrit une thymie dépressive, de l'anxiété, des troubles du sommeil et de l'appétit depuis mars 2023, en progression, ainsi que des difficultés au travail. Il présente une thymie dépressive, de l'anxiété et des troubles du sommeil, chacun de ces symptômes étant d'un degré moyen. Les limitations objectives sont une absence de situation de stress et un évitement de confrontation avec le chef d'atelier avec lequel il est en conflit. Le traitement médicamenteux est constitué de deux antidépresseurs. La capacité de travail ne serait pas influencée de manière positive en cas de nouvelle place de travail, cas échéant auprès d'un autre employeur, et une reprise totale de l'activité n'est pas encore prévue.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 18 La Cour relève que la praticienne pose ce diagnostic hors de son champ de spécialité. Elle ne fait état d'aucune évolution positive, contrairement à ce que retient de façon convaincante l'experte. Les éléments d'anamnèse, symptômes et limitations qu'elle rapporte n'ont pas été retrouvés par cette dernière lorsqu'elle voit l'assuré peu de mois plus tard. Elle n'explique pas pourquoi une autre activité, y compris chez un autre employeur, ne serait pas adaptée, pourquoi la capacité de travail n'en serait pas influencée. Cette pièce n'est pas à même de remettre en cause l'expertise et son complément. En retenant qu'un trouble de l'adaptation se caractérise par des symptômes de détresse émotionnelle (anxiété, humeur dépressive) survenant après un événement stressant identifiable, sans être aussi sévères ou prolongés qu'un trouble dépressif majeur ou un TSPT classique, mais avec en particulier une altération du fonctionnement quotidien, et au vu du dossier ainsi que de ce qui précède, la Cour fait sienne l'appréciation de l'experte, singulièrement le diagnostic posé et l'évaluation de la capacité de travail. Elle retient notamment que, lors de l'entretien du 29 janvier 2024, il n'existe plus d'atteinte psychique incapacitante, qu'il est hautement vraisemblable qu'il en va ainsi depuis la fin de l'été 2023 déjà, et que le trouble de l'adaptation a duré ainsi quelque 6 mois. Elle prend acte que l'assureur a néanmoins décidé le versement des indemnités journalières jusqu'au 29 janvier 2024; elle ne reviendra pas ici sur cette solution dont elle relève qu'elle est favorable à l'assuré. 6. Reste à déterminer si des pièces postérieures à l'expertise amènent à retenir autre chose que ce qui précède. 6.1. Dans son rapport du 15 avril 2024, la psychologue traitante D._____ indique que lorsqu'elle a débuté la thérapie – le 1er juin 2023 –, l'assuré présentait les symptômes d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive; ce trouble perdure malgré les entretiens réguliers, et l'on peut parler désormais d'un épisode dépressif de sévérité légère à moyenne. Il y a eu une légère évolution (positive) en début

d'année, mais il persiste un état de vulnérabilité important se traduisant par des angoisses régulières, une altération de l'humeur, une tolérance réduite au stress et une perte d'élan et d'initiative, bien qu'il y ait une légère amélioration dernièrement sur ce point. Ce contenu ne saurait se substituer à celui de l'expertise. On observera (cf. complément d'expertise, p. 7 ss) que le rapport en question n'émane pas d'un médecin et que la psychologue ne fait pas état de l'évolution positive – durant l'été 2023 notamment, période pendant laquelle elle n'a pas suivi l'assuré – qu'a connue le trouble d'adaptation, mais qu'elle maintient que cette atteinte aurait perduré sans discontinuer et qu'il faudrait dès lors retenir désormais un épisode dépressif.

6.2. 6.2.1. La Dre C. _____, le 10 juin 2024, pose les diagnostics, sans précision quant au temps de leur survenance de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), diagnostic fondé sur un inventaire de Beck de la dépression effectué le 2 avril 2024, au score de 31 parlant pour une dépression sévère, de troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité (traits anxieux, impulsifs) (F61), et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques: syndrome de dépendance (F132). Selon elle, ces diagnostics sont d'intensité et de nature plus invalidantes que le trouble de

Tribunal cantonal TC Page 13 de 18 l'adaptation retenu lors de l'expertise. Il subsiste des restrictions: cognitives, soit un ralentissement de la pensée ainsi que des difficultés de compréhension et de gestion de l'information; mnésiques, sous forme de trouble de la fixation; attentionnelles, avec une fatigabilité; relationnelles, sous forme d'humeur instable possiblement diminuée; psychiques, soit une persistance des ruminations anxieuses, une faible tolérance au stress, une thymie fluctuante mais en général abaissée, une baisse de la motivation et de l'élan vital, une idéation noire, une baisse de l'estime de soi. Le traitement médicamenteux intègre nouvellement un neuroleptique atypique à but anxiolytique (bexiprazole); pour le reste, il demeure composé d'Escitalopram (antidépresseur) et de Trazodone (à visée hypnotique). La praticienne fait état d'une prise de bromazépam au long cours (dépendance). La capacité de travail reste nulle et le pronostic à moyen terme est réservé. Ses certificats d'arrêt de travail mentionnent une incapacité totale depuis le 1er mai 2024, puis de 80% dès le 2 décembre 2024, de 60% à partir du 1er janvier 2025, et de 40% dès le 1er février 2025 (cf. dernier certificat produit, du 23 janvier 2025).

6.2.2. La Dre C. _____ retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques. La Cour observe qu'elle se base pour cela sur le résultat d'un inventaire de Beck (score: 31; de 30 à 63, indication d'une dépression sévère). Or, il s'agit-là d'un instrument d'auto-évaluation de l'assuré. Et la psychiatre traitante ne distingue pas ce qui relève des seuls dires de l'assuré de son évaluation clinique et d'une appréciation objective de ses limitations fonctionnelles (cf. complément d'expertise, p. 8 s.). On ne saisit notamment pas quelles observations, que n'a pas faites l'experte tout au long de son expertise détaillée, l'amènent à retenir un trouble dépressif, d'un caractère récurrent (sans précision), sévère et avec des symptômes psychotiques (lesquels?), tous éléments qui ne sont pas décrits, détaillés, objectivés. La péjoration nette de la situation alléguée par rapport à ce que retenu dans l'expertise – mais aussi, en définitive, par la Dre B. _____ et la psychologue D. _____ – n'est pas explicitée; elle ne paraît en outre pas attestée par les restrictions rapportées somme toute de peu d'importance et que l'experte n'a de surcroît pas constatées lorsqu'elle a vu l'assuré. Faute d'autre élément donné, il faut considérer que la psychiatre, qui retient des diagnostics plus invalidants selon elle que le trouble de l'adaptation et ne mentionne pas une aggravation de l'état de santé de l'assuré, se prononce ainsi sur l'atteinte psychique ayant existé le 31 mars 2023 et, toujours d'après elle, jusqu'ici

encore. A ce stade, on peut déjà relever que pas même la Dre B. _____ ou la psychologue D. _____ n'ont fait état d'une situation d'une intensité et d'une gravité telles que celles décrites par la Dre C. _____. Si tel avait été le cas, clairement, le suivi psychiatrique aurait immédiatement débuté, en lieu et place de celui psychologique, commencé qui plus est début juin 2023 uniquement, et la médication aurait été toute autre, notamment (cf. ég. complément d'expertise, p 8). Si la psychiatre traitante devait néanmoins soutenir qu'il y a eu une dégradation notable de l'état de santé et de ses conséquences sur la capacité de travail post-expertise, on ne s'expliquerait alors pas que la prise en charge, y compris médicamenteuse, n'ait pas été drastiquement modifiée. Il faut plutôt retenir que cette prétendue aggravation soudaine un an après le début de l'atteinte correspondrait au plus à un aspect concomitant/réactionnel à la communication de l'expertise à la Dre B. _____ et de la notification de la décision du 12 mars 2024, aspect bref et non relevant; on ne peut toutefois pas s'empêcher de noter aussi l'interruption temporaire du suivi psychologique à l'époque.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 18 La Cour ne retiendra dès lors pas ce trouble dépressif, ni comme ayant existé en mars 2023, ni (seulement) à partir du 2 avril 2024. Il est en outre rappelé qu'au-delà du diagnostic à poser, ce qui est déterminant ici, c'est d'arrêter ce qu'il en est du point de vue de la capacité de travail. Or, on ne dispose pas d'éléments établissant au degré requis de la haute vraisemblance l'existence d'une maladie incapacitante s'étant poursuivie au-delà de l'été 2023, ni celle d'une nouvelle atteinte induisant une incapacité de travail, qui plus est totale, comme le retient la Dre C. _____. 6.2.3. L'experte, la médecin traitante B. _____ ainsi que la psychologue D. _____ n'ont fait aucun constat de quelque problématique de personnalité que ce soit. La Cour n'en observe aucune qui ressortirait notamment des dires de l'assuré ou de l'analyse clinique de l'experte. Celle-ci relève notamment une thymie neutre et l'absence de signe d'anxiété. La psychiatre traitante C. _____ pose cependant le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité (traits anxieux, impulsifs; F61). Avec l'experte (cf. complément d'expertise, p. 9), il faut retenir que la praticienne n'explique pas comment, ni pourquoi elle parvient à ce diagnostic; elle ne distingue en particulier pas ce qui relève de l'anamnèse et des plaintes de son patient, ce qui appartient à ses constatations objectives, et en quoi les restrictions qu'elle énonce reposeraient sur ces dernières et induiraient une limitation de la capacité de travail ne pouvant être raisonnablement dépassée. Quoiqu'il en soit, avec l'experte, on peut retenir qu'un trouble de la personnalité aurait en principe dû être présent depuis le début de l'âge adulte; or, l'anamnèse ne livre aucun élément permettant de le retenir, tant sur le plan personnel que professionnel. On soulignera encore que la psychiatre traitante voit la manifestation de ces troubles sous forme de traits uniquement et rien ne permet d'affirmer que ces derniers auraient l'intensité et la valeur d'une maladie incapacitante. Ils ne seraient en particulier pas suffisants pour expliquer valablement qu'il n'y a pas une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines de l'existence. Partant, il n'y a pas là matière à retenir une incapacité de travail quelle qu'elle soit. 6.2.4. Le recourant soutient (cf. recours, Motivation, ch. 13) encore que son épouse l'a conduit à l'expertise et qu'il y a refusé une prise de sang, car il était sous "médication importante" de Lexotanil (anxiolytique) "qui provoque comme effets secondaires un sentiment d'ivresse, des amnésies rétrogrades, des somnolences, des troubles de la personnalité et de la mémoire ou des effets paradoxaux". Il est, toujours selon lui, dès lors incompréhensible que l'experte n'ait pas fait état de troubles cognitifs ou de la concentration. A l'experte, l'assuré a indiqué prendre ce médicament depuis avril 2023, à une posologie de 3 mg, le soir. Celle-là relate

les plaintes de l'assuré de concentration diminuée au travail ultimement, et, après une amélioration alléguée des différents symptômes durant l'été 2023 puis une présence à nouveau de quelques-uns en septembre de la même année, ses dires d'une baisse actuelle de la concentration lorsqu'il pense au travail, mais pas lorsqu'il fait une activité. Cliniquement (cf. not. expertise, p. 5), il ne présente ni ralentissement psychomoteur, ni trouble de la vigilance, ni signes de somnolence, ni fatigabilité en cours ou en fin d'entretien, ni trouble cognitif et de la concentration, ni troubles formels de la pensée, ni signe d'anxiété. Il répond de manière adéquate, son discours est cohérent, informatif, de débit normal. Il continue de conduire sa voiture (cf. expertise, p. 3 et 6). Dans son rapport du 15 novembre 2023, la Dre B. _____, médecin généraliste traitante, ne fait pas état de ce médicament, contrairement à la prescription de deux anti-dépresseurs, seul traitement médical également relaté par la psychiatre traitante comme ayant existé avant son intervention (cf. le début du rapport du 10 juin 2024). Dans sa détermination du 15 avril 2024, la psychologue

Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 D. _____ indique qu'il prend actuellement un antidépresseur, un anxiolytique et un antidépresseur induisant le sommeil, et, nouvellement, un neuroleptique. La psychiatre traitante, la Dre C. _____, pose cependant le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques: syndrome de dépendance (F132). Elle ne précise pas depuis quand cette atteinte existe. L'assuré prendrait du bromazépam (Lexotanil) "au long cours (dépendance)". Elle ne spécifie pas depuis quand et par qui ce médicament a été prescrit; elle ne paraît pas le mentionner comme faisant partie du traitement médicamenteux qu'elle arrête; elle ne dit notamment pas si le neuroleptique atypique à but anxiolytique (bexiprazole) qu'elle prescrit nouvellement est censé le remplacer. Parmi les "restrictions" qu'elle expose qui pourraient être en relation avec cette dépendance alléguée figurent celles cognitives sous forme d'un ralentissement de la pensée ainsi que de difficultés de compréhension et de gestion de l'information, celles mnésiques, soit un trouble de la fixation, et celles attentionnelles, représentées par une fatigabilité. La prise alléguée par l'assuré de ce médicament depuis avril 2023 interroge la Cour dès lors que la médecin généraliste traitante, qui retient une anxiété modérée, non une sévère, n'en fait pas mention en novembre 2023 encore. Ni elle, ni la psychologue D. _____, n'ont en outre rapporté un problème de dépendance à ce médicament; l'assuré n'en a pas fait état non plus lors de l'expertise ni livré d'éléments l'objectivant. On remarquera aussi que l'absorption effective régulière des médicaments, singulièrement du Lexotanil, n'est pas attestée, l'assuré ayant refusé une prise de sang lors de l'expertise, qui aurait permis de doser la médication à ce moment-là. Refus sur lequel ne permet pas de revenir le dosage sanguin, non daté mais postérieur de plusieurs mois à l'expertise, de l'antidépresseur, qui montrerait, selon la psychiatre traitante, un résultat, non communiqué, dans les normes parlant pour une bonne compliance. On ajoutera que l'ingestion de Lexotanil se concilie mal avec l'absorption d'une bière et d'un à deux verres de vin par soirée (cf. expertise, p. 4). Quoi qu'il en soit, rien ne permet de retenir que, serait-elle avérée, cette consommation régulière, de 3 mg, aurait causé des troubles cognitifs et de la concentration ainsi qu'une dépendance (déterminants) qu'aurait ignorés l'experte (cf. not. complément d'expertise, p. 9). Il faut plutôt considérer que si celle-ci, dont rien ne permet de remettre en doute le regard neutre et autorisé, ainsi que la capacité d'avoir su, cas échéant, faire la part des choses, n'a pas retenu ces derniers ni un syndrome de dépendance, c'est qu'elle ne les a objectivement pas observés à 10h le lendemain et durant les 2h10, sans pause et sans signe de fatigabilité observée, de l'entretien (cf. celle-ci, not. p. 8). Ce que confirme notamment la simple lecture des dires de l'expertisé, parfaitement cohérents. Le

recourant, hormis sa non-annonce d'une atteinte alléguée de 2009, ne pointe d'ailleurs pas les éléments qu'il faudrait écarter car empreints de façon patente et délétère de ces troubles. On ne voit pas en quoi la prise le soir d'avant de ce médicament aurait justifié le refus d'une prise de sang, et obligé l'épouse à conduire l'assuré à l'expertise, étant souligné qu'il a indiqué à l'experte rouler toujours. On rappellera aussi que le caractère ponctuel de l'expertise, d'une durée au reste conséquente, ne lui enlève pas, de principe, toute valeur. Enfin, rien n'explique que l'experte n'a pas observé les "restrictions" mentionnées par la Dre C. _____, mais qu'en l'espace de deux mois depuis l'entretien du 29 janvier 2024 et le premier rendez-vous avec la psychiatre traitante, la situation se serait objectivement péjorée à un point tel qu'un ensemble de symptômes expressément exclus ou non constatés durant l'expertise, convaincante à cet égard, serait désormais non seulement présent, mais engendrait des limitations fonctionnelles et influencerait de façon déterminante la capacité de travail. A cet égard, il faut souligner qu'il n'existe pas de limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines de l'existence chez un assuré

Tribunal cantonal TC Page 16 de 18 invoquant une incapacité de travail totale, mais ne connaissant somme toute pas de limitation objective, singulièrement pas de troubles cognitifs ou de baisse de concentration dans les fonctions de la vie courante (entrave déterminante dans ses activités quotidiennes, hobbies, relations familiales, etc.; cf. not. expertise, p. 3 s.), et continuant de conduire sans qu'aucun médecin ne l'ait invité à ne pas le faire. Pour la Cour, une incapacité de travail, singulièrement un trouble assimilable à une atteinte à la santé mentale avec une influence déterminante sur celle-ci, découlant du diagnostic de la Dre C. _____ de syndrome de dépendance (F132), ne peuvent être retenus. 6.2.5. La pièce de la Dre C. _____ n'est dès lors pas à même de remettre en cause le contenu de l'expertise et de son complément, étant rappelé de surcroît la certaine réserve à avoir cas échéant, comme ici, relativement à un document d'un médecin traitant. La Cour n'a pas de motif de revenir sur son appréciation selon laquelle dès la fin de l'été 2023, il n'y avait plus d'atteinte psychique incapacitante. 7. Le recourant reproche à l'assureur d'avoir considéré que l'annonce de son incapacité a été faite tardivement, le 6 novembre 2023 – date admise –, et d'avoir débuté le versement des indemnités maladie depuis ce jour-là uniquement. Selon lui, en substance, cette communication est intervenue uniquement à cette date pour des motifs excusables et il est contraire à l'art. 29 al. 1 LPGA, à teneur duquel celui qui fait valoir son droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent dans la forme prescrite pour l'assurance sociale concernée, ainsi qu'au principe de la proportionnalité. 7.1. Il n'est pas contesté ni contestable que l'assureur était libre de prévoir dans ses conditions générales de l'assurance individuelle d'une indemnité journalière, édition du 1er avril 2016 (ci-après: conditions générales), des prescriptions d'ordre en matière d'obligation d'annoncer un cas d'assurance. Ces prescriptions peuvent être assorties de sanctions qui doivent toutefois s'exercer dans les limites du principe de proportionnalité; en particulier, un retard qui n'est pas imputable à une faute ou une négligence de l'assuré ne doit pas entraîner de sanction (cf. ATF 127 V 154 consid. 4a et 4b; 129 V 53 consid. 1.2; recours, Motivation, ch. 23 ss; ég. ATF 124 V 126 consid. 8b). A teneur de l'art. 4 par. 3 des conditions générales, l'assuré doit faire en sorte que son incapacité de travail soit annoncée à l'assureur dans un délai de 7 jours après sa survenance par l'intermédiaire d'un certificat médical; si ce dernier est reçu après ce délai, le jour de sa réception est réputé premier jour d'incapacité de travail reconnu; la période d'incapacité de travail antérieure à la réception tardive du certificat médical ne donne donc pas droit aux prestations. 7.2. En l'espèce, l'annonce est intervenue plus de 7 mois après le début de

l'incapacité de travail attestée à partir du 31 mars 2023. Elle est donc effectivement tardive et on ne peut faire le reproche à l'assureur d'avoir décidé que cela entraînait une sanction sous la forme d'un début du versement de l'indemnité journalière retardé à la date de la réception de l'annonce de l'incapacité. Le délai de 7 jours était contractuel; il n'y a pas motif de revenir dessus, car il serait excessivement court (cf. recours, Motivation, ch. 30 et 34). Le principe de la proportionnalité doit être examiné relativement à l'éventuel caractère excusable du retard de l'annonce de l'incapacité. Non par rapport au but du délai d'annonce ou à ce qu'a entrepris l'assuré (médicalement ou autrement) pour améliorer sa situation par rapport à l'incapacité de travail et donc les coûts.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 Le recourant soutient que le retard dans l'annonce est excusable, arguant principalement que, selon la psychologue D._____, il "se trouvait dans un état psychique délétère, [a] fortiori au début de sa dépression, et il lui était tout simplement impossible d'être confronté à des tâches administratives sans péjorer gravement son état. Il n'en avait ni la force, ni les capacités" (cf. recours, Motivation, ch. 29). Ce n'est pas exactement ce qu'a écrit la psychologue, qui n'a notamment pas parlé d'une dépression mais d'un trouble de l'adaptation initialement. Selon elle (cf. attestation du 1er décembre 2023), "ayant présenté d'importants symptômes psychiques au début de son arrêt, [l'assuré] a eu beaucoup de difficultés à s'occuper de ses affaires administratives ce qui a pu engendrer des retards importants dans ses différentes démarches". Le 15 avril 2024, elle explique qu'au début de l'incapacité de travail, du fait de ses importants symptômes psychiques, soit des angoisses importantes, un abaissement de l'humeur, un manque massif d'élan et d'initiative, ainsi qu'une fatigabilité, il a eu notamment beaucoup de difficultés à s'occuper de ses affaires administratives. Les Dre B._____ et C._____ ne sont pas prononcées (expressément) à cet égard. La Cour rappelle qu'elle fait sienne l'appréciation de l'experte selon laquelle la seule atteinte dont a souffert l'assuré a été un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, qui a duré au plus jusqu'à la fin août 2023. Elle relève aussi que si l'experte a rapporté les dires de l'assuré selon lesquels au début de son atteinte, il ne s'était pas occupé de ses affaires administratives et son épouse n'avait géré que les factures, elle n'a pas soutenu que, du fait de son atteinte, il n'avait pas été en mesure d'annoncer son incapacité de travail auprès de l'assureur ou de charger son épouse de le faire. Aucun élément au dossier ne permet de retenir que l'assuré aurait été, même au début de son incapacité, médicalement et objectivement, dans l'impossibilité (absolue) de transmettre à l'assureur sa première attestation d'incapacité de travail – il avait été en état de consulter un médecin – dans les 7 jours, ou à tout le moins de demander à son épouse, qui traitait déjà les factures, ou à une autre personne, de le faire. En d'autres termes, force est d'admettre que l'assuré n'a pas été totalement empêché (physiquement, psychologiquement ou civilement) d'envoyer ce certificat médical, ni d'ailleurs ceux ultérieurs, avant le 6 novembre 2023. Qui plus est, rien ne fonde une incapacité à envoyer simplement un certificat de travail durant plus de 7 mois; étant relevé, au passage, qu'on ignore pourquoi cela est devenu possible en novembre 2023, alors même que l'assuré nie toute amélioration dans son état de santé depuis le 31 mars 2023. Ce retard, qu'il soit dû à un oubli ou à une omission consciente, est donc imputable à une faute ou à une négligence qui n'est pas excusable et qui pouvait effectivement entraîner une sanction, savoir le versement de l'indemnité seulement à partir du jour de la réception de l'annonce tardive. On notera que l'assuré est au bénéfice d'une assurance collective d'indemnité perte de gain; il ne soutient pas avoir été empêché, jusqu'en novembre 2023 à tout le moins, d'effectuer les démarches (annonce, etc.) qu'il devait certainement exécuter pour percevoir des indemnités; de même,

il n'a pas contesté avoir été à même de s'annoncer auprès de l'AI. Enfin, que le refus de l'assureur de verser des indemnités avant la date précitée ait eu une influence financière sur l'assuré (cf. recours, Motivation, ch. 32) est inhérent au système du délai d'annonce de l'incapacité de travail et à la sanction attachée à son non-respect; l'assuré ne saurait rien en tirer, étant souligné que la Haute-Cour, dans la jurisprudence susmentionnée, n'a rien trouvé à redire à l'existence de clause relative à une annonce tardive. Revenir sur cette sanction parce qu'elle serait prétendument disproportionnée reviendrait à vider de son sens ledit système contractuellement accepté. Ce qu'il n'y a pas lieu de faire.

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 8. Sur le vu de ce qui précède et dès lors que les preuves administrées ont permis à la Cour de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée de la preuve qui lui est encore proposée, elle a la certitude que cette dernière ne pourrait pas l'amener à modifier son opinion (cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1), il y a lieu de rejeter la demande tendant à la réalisation d'une contre-expertise. 9. Le recours doit dès lors être rejeté et la décision sur opposition du 12 mars 2025 confirmée. Il n'y a pas lieu de s'exprimer encore sur les conclusions du recourant telles que remises en cause par l'assureur. La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de procédure du recourant, qui succombe. Bien qu'ayant obtenu gain de cause, l'assureur-maladie recherché, chargé de tâches de droit public, n'aura pas droit à une indemnité de partie (cf. arrêt TF 8C_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6). la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il n'est pas octroyé de dépens. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 4 février 2026/djo EXPED-SIGN-01 EXPED-SIGN-02 La Présidente
Le Greffier-rapporteur

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.