

GE_GERICHTE ATAS/570/2017 vom 27. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_570_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/570/2017 du 27 juin 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/570/2017 del 27 giugno 2017

Erwägungen

E. 21

Par courrier du 12 novembre 2015, le médecin généraliste traitant s'est à nouveau adressé à l'assureur : le patient était en traitement chez lui depuis le 17 décembre 2014 pour une dépression sévère avec personnalité paranoïaque et crises d'angoisse ; insomnies suivies d'accès de nervosité, irascibilité, envie de tout casser et grosse fatigue psychique. Il prend de multiples médicaments antidépresseurs tranquillisants et somnifères. Tout cela suite à une perte d'emploi après quinze ans de bons et loyaux services. Interpellant l'assureur, il pose la question : « Que feriez-vous à sa place ??? » Il sollicitait ainsi la compréhension « humaine » de l'assureur.

A/1384/2016 - 6/20 -

E. 22

Par courrier recommandé du 18 novembre 2015, l'APAS, constituée pour la défense des intérêts de l'assuré, a écrit à l'assureur : se référant à la décision du 10 août 2015, l'intéressé a bien formé opposition à cette décision en faisant parvenir à l'assureur deux certificats médicaux du psychiatre traitant, attestant de son incapacité totale de travail pour les mois d'août et de septembre 2015, période postérieure à l'interruption des prestations selon sa décision du 10 août. Le premier certificat médical avait été reçu par l'assureur le 20 août 2015, le second le 8 septembre, soit dans les trente jours suivant la décision susmentionnée. L'assureur avait par la suite - et comme annoncé à l'assuré le 8 septembre 2015 - procédé à une instruction complémentaire, notamment en soumettant les certificats médicaux du psychiatre traitant à l'experte. L'assureur avait dès lors traité les deux courriers de son mandant comme une opposition.

E. 23

Le 26 novembre 2015, le médecin-conseil de l'assureur, invité à se prononcer sur le courrier susmentionné et celui du médecin généraliste traitant (du 12 novembre 2015), a conseillé à l'assureur de demander le monitoring des médicaments, pour savoir si la compliance au traitement était bonne, l'experte ayant des doutes à ce sujet. Quant aux diagnostics posés par le généraliste traitant, le médecin-conseil estime que si l'on devait les suivre, et prendre en considération le comportement décrit, l'assuré aurait dû être hospitalisé de force !

E. 24

Par courrier du 1er décembre 2015, l'assureur a sollicité des médecins traitants une copie des résultats du monitoring thérapeutique qu'ils auraient instauré suite aux recommandations de l'experte.

E. 25

Le Dr D_____ a répondu au médecin-conseil sous forme de rapport manuscrit du 16 décembre 2015. Hormis l'énoncé du détail de la posologie prescrite tout au long de la période du 13 février au 15 octobre 2015, aucun rapport de monitoring n'a été joint ni mentionné dans ce courrier.

E. 26

Par courrier du 26 janvier 2016, le mandataire de l'assuré a informé l'assureur que l'intéressé avait retrouvé une capacité totale de travail dès le 2 novembre 2015, selon certificat médical annexé. Il conclut dès lors à l'annulation de la décision du 10 août 2015 et au versement des indemnités journalières jusqu'au 1er novembre 2015, soit pour une durée de trois mois. Il résiliait en outre le contrat d'assurance individuelle pour fin février 2016.

E. 27

L'assureur a rendu sa décision sur opposition par courrier recommandé du 1er avril 2016. L'opposition était rejetée et la décision du 10 août 2015 maintenue. Le rapport d'expertise et son complément avaient pleine valeur probante. Les avis des médecins traitants n'étaient pas en mesure de fournir des éléments déterminants susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'experte ; ils sont même contradictoires entre eux : dans son rapport du 16 décembre 2015, le Dr D_____ ne fournit aucun monitoring, et indique que le traitement de Venlafaxine s'est poursuivi alors que l'experte en avait recommandé l'arrêt. Il conclut en affirmant que son patient ne peut pas encore travailler, alors que le psychiatre traitant avait A/1384/2016 - 7/20 - rédigé le 1er octobre 2015 un certificat de reprise de travail à 100% à partir du 1er novembre 2015. L'assureur avait été plus large que l'experte dans son appréciation en accordant ses pleines prestations jusqu'au 31 juillet 2015. Aucun élément ne permet ainsi de justifier une incapacité de travail au-delà du 31 juillet 2015.

E. 28

L'assuré agissant par son mandataire, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision par mémoire du 3 mai 2016. Il conclut préalablement à l'audition du recourant et de ses médecins traitants, à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée, et au fond à l'annulation de la décision entreprise et à la condamnation de l'intimé au versement des indemnités journalières pour la période du 1er août au 1er novembre 2015 inclusivement, soit un montant de CHF 17'995.50 avec suite de frais et dépens. Le recourant a notamment produit à l'appui de son recours - un certificat médical de son psychiatre traitant du 11 février 2016 : il suivait le patient depuis le 21 janvier 2015 pour un épisode dépressif majeur ; l'intéressé avait été en arrêt de travail à 100 % jusqu'au 2 novembre 2015. La longue période de récupération s'explique, selon lui, par des « facteurs de complications, et de la personnalité atypique » ; - la copie du courrier de son médecin généraliste traitant du 12 novembre 2015 à l'assureur (voir ch. 21 ci-dessus). Le recourant allègue que le rapport d'expertise de la Dresse G_____ et son complément du 9 octobre 2015 n'ont pas de valeur probante; l'experte s'est trompée de diagnostic et a préconisé sur cette base une modification du traitement en cours. Preuve en est que le psychiatre traitant n'ayant pas suivi les recommandations de l'experte, il a poursuivi le traitement mis en place en fonction de son propre diagnostic, ce qui a conduit dès le 2 novembre 2015 au rétablissement de la pleine capacité de travail de son patient, la longue période de récupération s'expliquant par des facteurs de complications et des traits de personnalité atypique. D'ailleurs l'experte, répondant à une question de Mutuel a estimé, dans son rapport complémentaire du 9 octobre 2015, qu'il était possible que l'incapacité de

travail perdue au-delà du 31 juillet 2015, mais elle ne pouvait être plus affirmative en l'absence de monitoring sanguin. Quant au médecin traitant généraliste du recourant, son rapport du 12 novembre 2015 avait été établi à la demande de son patient, et ce médecin s'en était remis, selon discussion postérieure, à l'évaluation du psychiatre traitant quant à la possibilité de reprendre le travail dès le 2 novembre 2015.

E. 29

L'intimé a répondu au recours, concluant à son rejet, par mémoire du 22 juin 2016. Selon lui, le rapport de l'experte doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, alors que ceux établis par les médecins traitants, dépourvus notamment d'anamnèse médicale et professionnelle, ne permettent pas de mettre en doute les conclusions de l'experte et ne peuvent se voir reconnaître une telle valeur probante, d'autant que le psychiatre traitant ne s'est pas non plus exprimé sur l'incapacité de travail de son

A/1384/2016 - 8/20 - patient, se bornant à signer des certificats médicaux attestant d'une incapacité de travail. S'agissant de l'argument du recourant selon lequel l'experte n'était pas catégorique quant à l'existence d'une incapacité de travail au-delà du 31 juillet 2015, l'intimé souligne notamment que dans le cadre de l'expertise, le dosage sérique des médicaments antidépresseurs mettait en évidence une mauvaise compliance, voire une absence totale de prise du traitement prescrit, ce qui corroborait les propres déclarations de l'expertisé. Contrairement à ce que suggère le recourant, l'experte n'avait pas à revoir l'assuré, étant donné que ce dernier n'avait pas suivi les recommandations préconisées dans le rapport d'expertise initial, qu'il ne pouvait transmettre aucun monitoring, et que la Venlafaxine avait été triplée par le psychiatre traitant alors que l'experte en recommandait l'arrêt. Par son comportement, le recourant avait violé son obligation de diminuer le dommage. Enfin l'experte ne relevait pas une aggravation de l'état de santé de l'assuré, d'autant qu'elle, psychiatre, avait déjà relevé le manque de compliance du patient. Ce point de vue était d'ailleurs conforté par l'avis du médecin traitant qui, le 10 août 2015, admettait une amélioration de l'état de santé et envisageait une reprise de travail.

E. 30

Le recourant a répliqué par courrier du 5 septembre 2016. Il produit un nouveau document médical soit le certificat médical de son psychiatre traitant du 25 août 2016 dont il ressort que: Selon ce médecin, son patient n'a jamais manifesté de symptômes maniaques et/ou hypomanes; il n'a pas d'antécédents de traitement pour un trouble bipolaire. Si tel était le cas il ne l'aurait même pas traité à la Venlafaxine, contre-indiquée dans les dépressions bipolaires à cause du risque de virage maniaque. Le Wellbutrin (Bupropion) le serait également, car il pourrait exacerber les symptômes maniaques et agressifs, selon le Compendium suisse des médicaments. Ce médicament n'est pas un traitement recommandé pour les troubles bipolaires, selon l'Association américaine de psychiatrie ou l'OMS. À l'époque où il avait commencé à le traiter, ce patient montrait beaucoup d'idées auto- et hétéro-agressives, le sentiment d'être humilié et exclu de sa vie familiale. Vu le risque permanent de passage à l'acte hétéro- ou auto-agressif, il ne pourrait jamais prendre le risque d'un traitement avec ce médicament. Dans ces cas, et même dans la dépression bipolaire, le traitement à la Quetiopine est le neuroleptique de premier choix, et c'est le traitement prescrit dans les moments les plus tendus de son traitement. Sur ces bases, le recourant prétend que, fort de l'avis de son psychiatre traitant qui s'oppose aux conclusions de l'experte, le diagnostic retenu par l'experte est à tort caractérisé, selon elle, par la

présence simultanée, en alternance rapide, en l'espace de quelques heures, de symptômes hypomaniaques, maniaques et dépressifs -: or l'existence de tels symptômes ne repose que sur de simples conjectures. Au jour de l'examen, l'experte n'a constaté aucun symptôme hypomaniaque. S'agissant des propositions de modifications thérapeutiques de l'experte, le psychiatre traitant explique avoir volontairement refusé de modifier le traitement médicamenteux, en motivant son choix. Au vu des explications détaillées du psychiatre traitant,

A/1384/2016 - 9/20 - l'expertise de la Dresse F_____ n'avait aucune valeur probante : le diagnostic posé était erroné et les recommandations thérapeutiques étaient inadaptées et de nature à mettre en danger la santé du demandeur. C'est ainsi à raison que le médecin traitant n'a pas suivi ses recommandations. Par ailleurs, le fait que le demandeur ait récupéré sa capacité de travail complète dès le début novembre 2015 démontre bien que le traitement était adapté et a conduit à une récupération de sa capacité de travail.

E. 31

L'intimé a dupliqué par courrier du 26 septembre 2016. Il a persisté dans ses conclusions. Contrairement à ce qu'affirme le recourant, l'experte disposait d'éléments - que l'intimé a énumérés - pour démontrer l'existence de symptômes maniaques ou hypomanes. Ainsi, se fondant sur les critères jurisprudentiels de l'appréciation des preuves médicales, en cas de divergences entre un expert indépendant et le médecin traitant de l'assuré, l'intimé confirme : le rapport d'expertise doit se voir reconnaître toute valeur probante, les certificats médicaux (y compris les certificats d'arrêts de travail non motivés) émis par le psychiatre traitant n'étant pas de nature à jeter le doute sur les constatations et conclusions de l'experte.

E. 32

Par courrier du 11 mai 2017, la chambre de céans a interpellé la Clinique Corela pour solliciter la copie du curriculum vitae et des diplômes universitaires de la Dresse F_____, en précisant si l'intéressée est titulaire d'une spécialisation post grade, notamment si elle bénéficie d'une équivalence de diplôme en Suisse, et dans l'affirmative depuis quand.

E. 33

La Clinique Corela, sous la plume de l'experte elle-même, a répondu par courrier du 22 mai 2017, produisant en annexe les photocopies des documents demandés, soit son curriculum vitae, ses diplômes d'État de docteur en médecine et d'études spécialisées de psychiatrie, les attestations de la commission des professions médicales du Département fédéral de l'intérieur de reconnaissance des diplômes de médecin et du titre post grade fédéral (équivalent) de médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que la copie du droit de pratique cantonal genevois, en tant que psychiatre et psychothérapeute.

E. 34

La chambre de céans a communiqué copie de ce courrier et de ces documents aux parties, par courrier du 24 mai 2017, les informant que la cause serait gardée à juger le 9 juin 2017.

E. 35

En l'absence de réaction de l'une et l'autre des parties, la chambre de céans leur a confirmé que la cause était gardée à juger, par courrier du 14 juin 2017.

EN DROIT 1. 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 1er janvier 2011, la

chambre

A/1384/2016 - 10/20 - 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA s'applique à l'assurance-maladie sauf dans les domaines mentionnés à l'art. 1 LAMal, dont notamment celui des tarifs, prix et budget global (art. 43 à 55 LAMal). 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56ss LPGA). 4. Le litige porte sur la prétention du recourant de percevoir des indemnités journalières pour perte de gain maladie du 1er août au 1er novembre 2015., singulièrement sur l'existence d'une incapacité de travail pour cause de maladie à la charge de l'assureur, pendant la période susmentionnée. . 5. a) Aux termes de l'art. 67 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de 15 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. L'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées ; ils peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité (art. 72 al. 1 LAMal). b) Selon l'art. 3 al.1 LPGA est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. Le droit à l'indemnité journalière selon la LAMal suppose une incapacité de travail, définie conformément à l'art. 6 LPGA, réduite de moitié au moins (art. 72 al. 2 première phrase LAMal). La jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie (LAMA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 1995) est également applicable sous le nouveau régime de la LAMal (ATF 128 V 152, consid. 2a; RAMA 1998 n° KV 45 p. 430). 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 51, consid. 1.1 et les références). Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut, selon la jurisprudence, 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. 1c). 6. En l'espèce, il est constant que le rapport juridique entre les parties est régi par le contrat d'assurance perte de gain conclu entre Mutuel et le recourant, après

A/1384/2016 - 11/20 - déclaration de ce dernier du 22 janvier 2015 de maintenir l'affiliation à l'assurance perte de gain en qualité de membre individuel, suite à la fin de son contrat de travail avec B _____ le 12 décembre 2014, contrat dans le cadre duquel le risque assuré était couvert par le contrat collectif de l'ancien employeur, et les conditions générales d'assurance édition du 1er janvier 2011 (BE LAMal), lesquelles prévoient que les bases juridiques du contrat sont constituées par le droit fédéral et international, la LPGA et ses dispositions d'application ainsi que la LAMal et ses ordonnances d'application.. L'art. 28 CGA fixe les obligations de la personne assurée, parmi lesquelles son devoir d'annonce et de collaborer; le ch. 4 de cette disposition précise que l'assuré doit, dès le début de l'incapacité de travail, consulter un médecin possédant une autorisation de pratiquer et suivre ses prescriptions. Il doit éviter tout ce qui pourrait nuire à sa guérison ou prolonger son incapacité (obligation de réduire le dommage). Le contrat individuel étant entré en

vigueur le lendemain 13 décembre 2014. 7. 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 a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 157, consid. 1b et les références). S'agissant de la capacité de travail, les tâches du médecin consistent à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités il est incapable de travailler, d'autre part à déterminer les travaux qui peuvent encore raisonnablement être exigés de lui (ATF 125 V 256, consid. 4). 8. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'experte étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des

A/1384/2016 - 12/20 - conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286, consid. 1b). 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2; ATF 125 V 351, consid. 3b/ee). 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 celui-ci (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb et cc). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une

appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3 et les références). 9. 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

A/1384/2016 - 13/20 - 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). 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 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). 10. En l'espèce, il est constant que le recourant a été licencié avec effet immédiat en début d'après-midi du 12 décembre 2014, alors qu'il était déjà en tenue de travail. Dans le courant de la journée même, il a présenté à son (ex-)employeur un certificat médical établi ce jour-là par un médecin généraliste du centre médical des Eaux- Vives attestant de son incapacité de travail

à 100 % du 12 au 19 décembre 2014 pour cause de maladie, la reprise de l'activité étant prévue dès le lendemain 20 décembre. Or, le 17 décembre 2014, consulté pour la première fois ce jour-là par

A/1384/2016 - 14/20 - le recourant, le Dr D _____, médecin traitant, a émis un premier certificat médical attestant d'une capacité de travail nulle dès le 19 décembre 2014, qu'il a régulièrement renouvelée par la suite. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'intimé a tout d'abord interpellé le médecin traitant, lui demandant de fournir des renseignements médicaux détaillés. Le médecin généraliste ayant retenu, dans son rapport du 24 février 2015 comme diagnostics incapacitants un surmenage avec crises d'angoisse et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail une dépression nerveuse, indiquant notamment que l'intéressé était désormais suivi par un psychiatre, l'assureur a interpellé le Dr E _____, psychiatre-traitant, par divers courriers et rappels restés sans réponse, de sorte qu'à fin avril 2015, l'assureur a mis en œuvre une expertise psychiatrique confiée à la Dresse F _____. Cette dernière a conclu, dans son rapport du 24 juin 2015 qu'au moment de l'examen de l'assuré, le 21 mai 2015, on pouvait admettre qu'il soit encore en incapacité de travail totale. Mais, sur la base du diagnostic qu'elle avait posé, dans un délai d'un peu plus de quatre semaines, soit dès le 23 juin 2015, cette incapacité devrait être de 50 % horaire sans impact sur le rendement, ce délai permettant l'instauration des mesures thérapeutiques recommandées et de laisser le temps à la médication prescrite de déployer ses effets. Enfin, après deux semaines supplémentaires, soit dès le 7 juillet 2015, l'incapacité de travail serait de 0 % horaire sans baisse de rendement. Sur cette base, l'assureur a mis un terme à ses prestations au 31 juillet 2015. 11. Le recourant contestant la valeur probante de cette expertise et de son complément du 9 octobre 2015, dans le cadre de l'opposition à la décision initiale de MUTUEL de mettre fin à ses prestations, il convient dès lors de se prononcer sur cette question. 12. Le rapport d'expertise du 24 juin 2015 et son complément du 9 octobre 2015 de la Dresse F _____, spécialiste reconnue, sont le fruit d'une étude fouillée. L'expertise se fonde sur des investigations très complètes et des renseignements anamnestiques détaillés. Elle aboutit à des résultats convaincants, ses conclusions sont sérieusement motivées, et ne contiennent pas de contradictions et aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. L'experte a réuni tous les éléments utiles pour lui permettre de se déterminer en pleine connaissance du dossier. Son rapport est exempt de contradictions et ses conclusions sont cohérentes. En conséquence, l'expertise de la Dresse F _____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. 13. L'argumentation du recourant repose sur le fait qu'il oppose aux conclusions de l'experte celles de ses propres médecins traitants. a. S'agissant du Dr D _____, il y a tout d'abord lieu de relever que ce médecin, généraliste, n'est pas un spécialiste de la psychiatrie. Les certificats médicaux et autres courriers de ce praticien ne sauraient se voir reconnaître une valeur probante. Non seulement ils ne sont pas complets, ils ne comportent aucune anamnèse, sinon des renseignements assez vagues à ce sujet, les diagnostics d'ordre psychique posés

A/1384/2016 - 15/20 - ne sont pas classifiés dans la nomenclature officielle (CIM-10, voire DSM), comme l'a d'ailleurs relevé expressément l'experte qui les a donc écartés. On relèvera également que, bien que le rapport d'expertise du 24 juin 2015 lui ait été expressément adressé par l'intimé, le généraliste traitant ne s'est jamais formellement prononcé à son égard, de sorte que l'on ne saurait déceler de la part de ce médecin la moindre critique, même implicite, au sujet des conclusions de l'experte psychiatre. Enfin, il convient d'avoir à l'esprit, selon les principes de jurisprudence rappelés précédemment, que

le médecin traitant, en vertu de la nature du mandat thérapeutique qui le lie à son patient, est naturellement enclin à être plus favorable à ce dernier qu'un expert dont le mandat est différent, et qui par nature a une approche plus objective de la situation. Dans le cas d'espèce, l'attitude du médecin traitant est particulièrement marquante : bien qu'alerté par rapport aux doutes que l'experte nourrissait quant à la compliance de l'expertisé par rapport au traitement médicamenteux, non seulement à travers les propos mêmes de l'expertisé au moment de l'examen, mais également par rapport aux résultats des examens complémentaires qu'il avait pratiqués, de dosage sérique notamment, qui montraient pourtant une mauvaise compliance de l'intéressé au traitement, le médecin traitant a été invité par le médecin-conseil de l'intimé à produire un monitoring de traitement médicamenteux, ce qu'il n'a jamais fait, se bornant à énumérer dans un courrier manuscrit les médicaments et les doses ainsi que les périodes où il les avait prescrites, ce qui d'évidence n'est pas de nature à prouver ni même rendre vraisemblable que le patient respectait ces prescriptions ; au contraire, au vu des constatations de l'experte, l'absence de monitoring post expertise laisse supposer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a continué à adopter une attitude peu compliant, à défaut de quoi, les médecins traitants n'auraient pas manqué de procéder à cette mesure, ne serait-ce que pour accréditer leur thèse, au niveau du diagnostic et du traitement prescrit. Dans le même registre, on notera que, dans son rapport du 16 décembre 2015, le Dr D_____ considérait encore que son patient était totalement incapable de travailler, alors que le psychiatre traitant avait établi au 2 novembre 2015 le recouvrement de la pleine capacité de travail du patient. Ceci traduit non seulement un manque de communication, respectivement de coordination avec le psychiatre traitant, ainsi qu'avec le patient lui-même, mais encore un manque d'objectivité et d'indépendance du médecin traitant par rapport au patient. Du reste, le recourant lui-même a expliqué dans ses écritures que certains des certificats médicaux du médecin traitant (notamment celui du 12 novembre 2015), avaient été établis à sa demande. Ce dernier document est d'ailleurs révélateur, certes d'une empathie remarquable vis-à-vis du patient, mais surtout de considérations très éloignées du besoin thérapeutique avéré : après avoir décrit les diagnostics qu'il retenait, le comportement inquiétant qu'il décrivait, et l'importante batterie de médicaments que son patient absorberait, ce médecin conclut : « Tout ça suite à une perte

A/1384/2016 - 16/20 - d'emploi après 15 ans de bons et loyaux services : que feriez-vous à sa place ??? Faisant appel à votre compréhension humaine, je vous prie d'agréer... ». On ne saurait dès lors retenir de l'avis du généraliste traitant le moindre élément permettant de faire douter de la valeur probante de l'expertise ordonnée par l'intimé. b. Quant au Dr E_____, psychiatre traitant, on remarquera tout d'abord que l'intimé, avant de mettre en place une expertise psychiatrique confiée à la Dresse G_____ au printemps 2015, a sollicité en vain, et malgré des rappels, un rapport médical circonstancié du psychiatre traitant. Son premier rapport médical, du 10 août 2015, comporte certes le diagnostic incapacitant qu'il retient, soit état dépressif moyen à sévère (F32.00) et traits de personnalité paranoïaque, sans effet sur la capacité de travail; mais il est extrêmement sommaire, ne comporte pratiquement aucune anamnèse, sinon la mention de la perte d'emploi et la révolte consécutive du patient, l'apparition de son irritabilité, et son état de tension, mais aucune justification sérieuse de l'incapacité qu'il fixe à 100 % du 1er au 11 août 2015 (date de la prochaine consultation prévue), à réévaluer, précisant que la reprise totale de travail était en discussion, et que le pronostic est lentement favorable. Les documents médicaux suivants ne sont pas plus convaincants, puisqu'il s'agit pour l'essentiel de certificats médicaux

périodiques attestant d'une incapacité de travail à 100 % pour un mois supplémentaire, sans aucune motivation ni justification, de sorte que l'on ne saurait leur reconnaître de valeur probante. Au vu du diagnostic que le psychiatre traitant posait dans son rapport du 10 août 2015, différent de celui retenu par l'experte, mais sans le moindre commentaire par rapport à cette différence, l'intimé a soumis ce document à l'experte pour un nouvel avis. À ce stade, hormis la différence de diagnostics, sur laquelle le psychiatre traitant ne s'était pas prononcé, aucun élément avancé par ce dernier ne vient, par des appréciations objectives et motivées, mettre en évidence des contradictions ou des éléments susceptibles de remettre en cause les conclusions du rapport de l'experte. Cette dernière a d'ailleurs pris position dans son rapport complémentaire du 9 octobre 2015, qui confirme son diagnostic initial, expliquant les raisons pour lesquelles elle avait notamment recommandé des modifications du traitement, en particulier l'abandon de la Venlafaxine, constatant à l'inverse que le psychiatre traitant en avait augmenté la posologie en y ajoutant encore un autre neuroleptique, pour réduire les symptômes hypomanes. Elle insiste toutefois sur l'aspect mis à jour dans son expertise initiale, soit la mauvaise compliance du patient au traitement qu'il recevait à l'époque. Elle explique également de façon convaincante les raisons pour lesquelles le patient pouvait avoir l'impression que le traitement mis en place par le psychiatre traitant ne lui convenait pas, dès lors que celui-ci pouvait entretenir voire exacerber l'état de tension et l'irritabilité ressentis. S'agissant d'évaluer la vraisemblance de la persistance d'une incapacité de travail au-delà du 31 juillet 2015, alors que le psychiatre traitant ne le justifie pas, l'experte

A/1384/2016 - 17/20 - retient, au vu de ses constatations précédentes, soit en particulier le fait que les modifications de traitement qu'elle avait préconisées n'ont pas été appliquées, que l'incapacité de travail au-delà de fin juillet 2015 serait une hypothèse « possible », mais ceci sous la réserve essentielle - qui pour elle constitue « l'élément clé » dans le cas particulier - : l'adhésion au traitement prescrit. Or, faute par les médecins traitants d'avoir, là encore, respecté les prescriptions, soit notamment la mise en place d'un monitoring régulier d'analyses sanguines permettant de vérifier la compliance au traitement, elle n'était pas en mesure de se prononcer de façon absolue. En cela, on ne saurait faire grief à l'experte de ne pas avoir pu répondre catégoriquement à la question. Dans le contexte de ce dossier, et des premières constatations de l'experte, la chambre de céans retient comme vraisemblable au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant a persisté à ne pas observer une compliance adéquate au traitement mis en place, quel qu'il soit. Les contrôles étaient exigibles, sinon nécessaires, et ils eussent été utiles y compris aux médecins traitants. Ne l'ayant pas fait, l'assuré a violé son obligation de réduire le dommage, mettant ses médecins traitants et l'experte dans l'impossibilité de vérifier de manière certaine l'efficacité des traitements mis en place, de sorte qu'il doit en subir les conséquences, et en l'occurrence, conformément à la jurisprudence, il doit supporter le fait de ne pas avoir pu démontrer qu'en dépit d'une bonne compliance au traitement prescrit par son médecin traitant, son incapacité de travail se serait prolongée jusqu'à fin octobre 2015. Au stade du recours, et une fois encore, avec la remarque du psychiatre traitant cette fois-ci, que le certificat a été établi « à la demande du patient », le Dr E_____, s'est prononcé, par courrier du 25 août 2016, « en réponse à l'expertise de la Dresse F_____ ». Ce document ne saurait se voir reconnaître une valeur probante, faute de répondre aux critères jurisprudentiels requis. Ce document, qui ne compte guère plus que trois paragraphes utiles, est largement incomplet. Il ne contient aucune anamnèse, mais se borne à remettre en cause le diagnostic de trouble bipolaire retenu par l'experte, en se limitant à affirmer que son patient n'a jamais manifesté

de symptômes maniaques ou hypomanes, et n'a pas d'antécédents de traitement pour un trouble bipolaire. Il passe toutefois sous silence le fait que l'experte a décrit dans son rapport d'expertise les critères diagnostiques justifiant ses conclusions. Aux pages 14 et 15 de son rapport du 24 juin 2015, notamment, l'experte relève, pour l'hypomanie, qu'il est retrouvé une modification de l'humeur, notamment avec une importante irritabilité et une tension nerveuse, qui se manifestent actuellement au sein du domicile familial de l'assuré. Il arrive à ce dernier d'exploser en criant et répondant avec une voix forte, et ce « pour rien du tout ». Il lui arrivait également d'être irritable, impatient, intolérant à l'extérieur du domicile familial, rapportant avoir quitté plusieurs fois une file d'attente, comme à la pharmacie, car il n'était pas servi immédiatement. Il rapporte également avoir fait par le passé l'objet de trois avertissements sur le plan professionnel, en raison d'une attitude qualifiée d'agressive envers des clients, de sorte qu'il est ainsi possible de penser, selon l'expert, qu'il présentait une certaine irritabilité et une importante

A/1384/2016 - 18/20 - impatience. De même, s'agissant de la « manie », l'expert relève qu'il y a une augmentation de l'activité ou de l'agitation physique. Durant tout l'entretien, l'experte note une agitation physique et des activités en lien avec une importante tension interne. L'expertisé présente des tremblements au niveau des mains et un besoin de bouger sur sa chaise. Il indique en plus que, ne supportant pas d'être assis toute la journée, il ressent souvent la nécessité de sortir pour marcher dans un parc lorsqu'il se trouve à son domicile. Il dit avoir également de la peine à terminer ce qu'il entreprend, évoquant une impatience et une importante irritabilité. Il se laisse également vite déconcentrer par des bruits et des conversations proches de lui. Il y a également une réduction du besoin de sommeil. Le Dr E_____ n'indique pas en quoi l'experte se serait trompée, se bornant à affirmer que si tel avait été le cas (existence d'un trouble bipolaire), il n'aurait même pas traité le patient à la Venlafaxine, contre-indiquée dans les dépressions bipolaires en raison du risque de virage maniaque. Cette observation est fort malvenue, dès lors que l'experte avait précisément mentionné la contre-indication d'un tel médicament pour le diagnostic qu'elle retenait ; s'agissant de l'un des autres médicaments que préconisait l'experte, soit le Wellbutrin, le psychiatre traitant observe que ce médicament n'est pas un traitement reconnu pour des troubles bipolaires, et qu'il n'existe aucune recommandation pour le traiter au moyen de cette substance, tant pour l'association américaine de psychiatrie que pour l'OMS. Dans le cas d'espèce, cette remarque reste théorique, dans la mesure où l'introduction de ce médicament, proposé par l'experte, n'a pas été mise en place. Mais une fois encore, le médecin traitant oppose son opinion à celle de l'experte, sans dire en quoi, celle de l'experte serait erronée. Du reste, la seule conclusion qu'il en tire, c'est que chacun s'accorderait à reconnaître au patient une pathologie « plus grave qu'une dépression majeure », ce qui pour lui pourrait expliquer la durée de l'incapacité de travail. Or, même sous cet angle, ce médecin semble ignorer que précédemment, soit dans son certificat médical du 11 février 2016, il évoquait un épisode dépressif majeur, ayant nécessité un arrêt de travail à 100 % jusqu'au 2 novembre 2015, et justifiait alors la longue période de récupération en évoquant des « facteurs de complication et un trouble de la personnalité atypique » sans autre explication ni justification, et encore moins d'illustration pour soutenir une telle affirmation. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans ne saurait retenir dans l'argumentation du psychiatre traitant le moindre élément permettant de douter du bien-fondé des constatations et des conclusions de l'experte, tant par rapport à son premier rapport qu'au rapport complémentaire. c. Quant au recourant, il soutient que la critique émise par son psychiatre au sujet de l'expertise de la Dresse F_____ dénierait de façon convaincante à cette dernière

toute valeur probante, et démontrerait notamment que le diagnostic posé par l'experte était erroné, autant que les recommandations thérapeutiques étaient inadaptées et de nature à mettre en danger la santé du demandeur. Le recourant voit dans le fait que le médecin traitant n'ait pas suivi les recommandations de l'experte,

A/1384/2016 - 19/20 - la preuve de l'erreur diagnostic de cette dernière, dès lors qu'il a pu récupérer sa capacité de travail complète dès le début novembre 2015, ce qui selon lui démontre bien que le traitement appliqué par son psychiatre était adapté. On ne saurait le suivre : une fois encore, selon les constatations de l'experte, et sur la base des résultats des examens de dosage sérique auxquels il avait procédé, il a été mis en évidence que le patient ne suivait pas rigoureusement le traitement qui lui avait été prescrit, au point même que l'un des médicaments, si ce n'est le principal, n'était pas détectable lors des examens. Or, alors même qu'au début août 2015, le psychiatre traitant n'avait retenu une incapacité de travail que du 1er au 11 août, à réévaluer, tout en précisant qu'à l'époque la reprise totale de travail était en discussion, il a, par la suite, prolongé cette incapacité de travail jusqu'au 1er novembre 2015, sans jamais apporter la moindre justification à une telle prolongation, ni évoquer la moindre circonstance qui aurait permis de justifier une appréciation différente de celle faite au début août 2015. Ainsi, et contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait considérer que le psychiatre traitant ait valablement développé des arguments susceptibles de susciter un doute au sujet de la pertinence des conclusions de l'experte. 14. Au vu de la jurisprudence mentionnée précédemment au sujet de l'appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans considère dans le cas d'espèce qu'il est inutile de procéder à des mesures d'instruction complémentaire, que ce soit sous forme d'audition des parties, d'enquêtes, ou encore d'expertise judiciaire. En effet, ces mesures ne changeraient rien à l'issue du litige. 15. Il résulte de ce qui précède que l'on doit retenir au degré de la vraisemblance prépondérante que sur la base de ses constatations, l'experte avait évalué de façon crédible, moyennant le respect des mesures qui recommandaient le retour du recourant à une pleine capacité de travail aux alentours du 7 juillet 2015. Ainsi, dès lors que l'intimé a mis fin à ses prestations au 31 juillet 2015, laissant à l'intéressé une marge de courtoisie, la décision entreprise échappe à toute critique. 16. Ainsi, le recours, mal fondé, sera rejeté. 17. Pour le surplus la procédure est gratuite (art. 61 let. A LPGA et 89H al. 1 LPA).

A/1384/2016 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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