

GE_GERICHTE A/2405/2023 vom 20. Dezember 2024

GE Cour de justice, 2024-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2405_2023

FR: GE_GERICHTE A/2405/2023 du 20 décembre 2024

IT: GE_GERICHTE A/2405/2023 del 20 dicembre 2024

Erwägungen

E. 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), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). En l'espèce, le contrat conclu entre l'intimée et l'employeur porte sur le versement d'indemnités journalières selon la LAMal. Partant, la compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est établie.

E. 2

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

E. 3.1

L'art. 67 LAMal dispose que toute personne qui est domiciliée en Suisse ou y exerce une activité lucrative et qui est âgée de 15 ans au moins mais n'a pas atteint l'âge de 65 ans peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens des art. 2 al. 1 ou 3 de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSLAMal - RS 832.12) (al. 1). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective. Les assurances collectives peuvent être conclues par des employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes (let. a) ; organisations d'employeurs ou des associations professionnelles, pour leurs membres et les travailleurs de leurs membres (let. b) ; organisations de travailleurs, pour leurs membres (let. c) (al. 3). Aux termes de l'art. 72 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 (al. 1). Les prestations prises en charge sont rattachées à la période d'incapacité de travail (al. 1bis). Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA). À défaut d'accord contraire, le droit prend naissance le troisième jour qui suit le début de la maladie. Le versement des prestations peut être différé moyennant une réduction correspondante du montant de la prime. Lorsque la naissance du droit à l'indemnité journalière est subordonnée à un délai d'attente convenu entre les parties, durant lequel l'employeur est tenu de verser le salaire, ce délai peut être déduit de la durée minimale du versement de l'indemnité journalière (al. 2). Les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours. L'art. 67 LPGA n'est pas applicable (al. 3). L'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal est une assurance de perte de gain, et le droit aux indemnités

journalières est donc subordonné à ce que l'ayant droit subisse une perte de salaire ou de gain effective en raison d'une atteinte à la santé due à une maladie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_131/2020 du 5 février 2021 consid. 3.2).

E. 3.2

Conformément à l'art. 6 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. L'art. 6 LPGA deuxième phrase codifie le principe de l'obligation de diminuer le dommage. Dans l'hypothèse où un assuré doit s'astreindre à changer de profession, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat – pendant lequel les indemnités journalières versées restent dues – pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi. Dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de l'administration doit en règle générale être considéré comme adéquat (arrêt du Tribunal fédéral 9C_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.4 et les références).

E. 3.3

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, tel la CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). En règle générale, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418). Ainsi, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4 ; ATAS/700/2021 du 29 juin 2021 consid. 14 ; voir également : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs ; cf. ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a ; ATAS/856/2019 du 12 septembre 2019 consid. 6). Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Un expert psychiatre doit se voir reconnaître une certaine marge d'appréciation dans l'appréciation de l'incapacité de travail dès lors qu'une telle appréciation médicale est par essence en partie une question d'appréciation (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3

; ATF 130 V 352 consid. 2.2.4).

E. 3.4

Pour trancher le droit aux prestations, le juge a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le tribunal doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt du Tribunal fédéral 9C_453/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

E. 3.5

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, 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 137 V 210 consid. 1.3.4 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb). Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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 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 ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références). Ces principes sont également applicables en matière de litiges portant sur le droit à des indemnités journalières selon la LAMal (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_838/2018 du 14 février 2019 consid. 2.2).

E. 3.6

Dans le domaine des assurances sociales, 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 donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 et les références). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 3.7

En l'espèce, le contrat conclu entre l'employeur et l'intimée dès le 1^{er} janvier 2018 a pour objet la couverture des conséquences économiques d'une incapacité de travail résultant de la maladie, de la maternité et de l'accident, pour autant que ce risque soit inclus dans le contrat, conformément à l'art. 1 CGA. La police prévoit le versement d'indemnités journalières en cas de maladie correspondant à 80% du salaire durant 730 jours, avec imputation d'un délai d'attente de 14 jours. L'indemnité journalière est allouée proportionnellement au degré d'incapacité qui doit être d'au moins 25%. Les jours d'incapacité inférieurs à ce taux ne sont pas pris en compte pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente (art. 12 al. 2 CGA). Dans sa décision du 7 octobre 2022, l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières au 31 octobre 2022, se fondant sur le rapport médical du Dr D_____ du 10 août 2022, lequel constate qu'une reprise de travail à 100% était raisonnablement exigible dans toute activité. Dans sa décision sur opposition, l'intimée a confirmé la fin des prestations au 31 octobre 2022. Elle s'est fondée, en cela, sur l'expertise du Dr I_____, laquelle conclut à une capacité de travail de 100%, avec une diminution de rendement de 20% dès le 11 août 2022. Le recourant reproche à l'intimée de s'être fondée sur l'expertise du Dr I_____ alors que les trois précédentes expertises mises en œuvre par l'assurance retenaient une incapacité de travail totale à cette date. Il sollicite une nouvelle expertise compte tenu des divergences d'opinion des différents médecins. En l'occurrence, le rapport du Dr I_____ du 4 mai 2023 a été établi sur la base du dossier médical du recourant, en particulier les deux rapports d'expertise de la Dre E_____ des 8 avril 2022 et 7 mars 2023 et les rapports de son médecin traitant, le Dr D_____ des 8 novembre 2021 et 10 août 2022. L'expert a fondé ses diagnostics sur ses observations cliniques, qu'il a consignées après avoir relaté l'anamnèse du recourant, ses plaintes et le déroulement de sa journée. Tant son diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de trouble modéré de la personnalité que ses conclusions sont clairs et dûment motivés. Ainsi, sur le plan formel, son rapport contient tous les éléments nécessaires pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Sur le fond, cette expertise ne contient pas de contradictions apparentes, le caractère invalidant du trouble retenu a été examiné à l'aune des principes jurisprudentiels applicables en la matière et l'appréciation de la capacité de travail du recourant, soit une activité à 100% avec une diminution de rendement de 20% dans son activité habituelle depuis le 11 août 2022 apparaît cohérente avec le diagnostic. L'expert a notamment exclu le trouble sévère de la personnalité au motif que l'assuré était parvenu à maintenir une activité professionnelle auprès d'un employeur durant environ deux ans et à mener à terme une formation professionnelle en obtenant un BEP d'électro-technicien. La diminution de rendement de 20% était due aux limitations fonctionnelles en lien avec la structure de sa personnalité avec des difficultés dans les relations interpersonnelles en raison de la méfiance et des attitudes projectives pouvant conduire à des difficultés au niveau professionnel. Il avait ainsi une capacité réduite à maintenir durablement un emploi. Compte tenu de son trouble de la personnalité, le contact étroit avec la clientèle ne semblait pas « forcément indiqué ». Toutefois, une autre activité peu qualifiée dans le domaine de l'hôtellerie ou de l'électronique était tout à fait adaptée. Le taux de capacité de travail retenu par l'expert est du reste corroboré par l'avis de l'ancien médecin traitant du recourant, le Dr D_____, qui préconisait une reprise de travail à cette date (rapport du 10 août 2022). Certes, le recourant a produit des certificats d'incapacité de travail jusqu'au 10 novembre 2022. Or, ces certificats médicaux, non motivés, ont été établis par un médecin de garde, le Dr H_____, qui a refusé de remplir un formulaire médical pour justifier ses prescriptions, au motif qu'il n'était pas son médecin traitant. Le

recourant fait valoir, sans motivation, que les conclusions de cette expertise sont contredites par les deux expertises de la Dre E_____ des 8 avril 2022 et 7 mars 2023, ainsi que par l'expertise du Dr G_____ du 22 septembre 2022. Il n'apporte toutefois aucun élément objectivement vérifiable qui ressortirait de son dossier médical et qui aurait été ignoré du Dr I_____. Il ne démontre en particulier pas en quoi le point de vue des Drs E_____ et G_____ seraient objectivement mieux fondés que celui du Dr I_____ ou justifierait la mise en œuvre d'une instruction complémentaire. Le fait que ces médecins soient d'opinions différentes concernant sa capacité de travail ne suffit pas à remettre en cause les conclusions du Dr I_____. L'expert a d'ailleurs expliqué les raisons pour lesquelles il s'écarterait du diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques retenu par la Dre E_____. Il a notamment précisé qu'elle n'avait pas mentionné d'abaissement de l'humeur, de fatigue ni de réduction de la capacité à éprouver du plaisir. Elle décrivait un assuré entrant facilement en interaction, négligé dans sa présentation, ne présentant pas de troubles de l'attention ni de troubles mnésiques manifestes, ni de labilité émotionnelle ou d'irritabilité, ce qui n'allait pas dans le sens d'un diagnostic d'épisode dépressif sévère. La description d'une journée-type et des intérêts de l'assuré effectuée par le Dr I_____ diffère par ailleurs sensiblement de celle de la Dre E_____, qui, après avoir constaté qu'il n'avait aucun loisir et n'effectuait aucune tâche administrative ou de ménage ni préparation de repas, a relevé que c'était la sévérité du laisser-aller de l'assuré qui avait orienté vers ce diagnostic (rapport du 17 septembre 2024). Or, dans sa description de la journée-type du recourant, le Dr I_____ a retenu que l'assuré pouvait effectuer les tâches administratives, avait une maîtrise suffisante des outils informatiques pour ses besoins et jouait aux échecs. Il avait également de l'intérêt pour les sports de combat. Devant la chambre de céans, pourtant dûment convoqué à une audience de comparution personnelle à laquelle il ne s'est pas présenté, le recourant n'a pas contesté ces éléments. Il n'a pas non plus donné suite à l'invitation de la chambre de céans de se déterminer sur le procès-verbal de comparution personnelle. La description d'une journée-type par le Dr I_____ trouve au demeurant un certain appui dans celle du Dr G_____, qui a relevé que l'assuré « arrivait à réaliser la plupart des tâches ménagères, mais avec plus de difficultés qu'auparavant ». Il faisait un peu le ménage et les courses, préparait les repas, allait ponctuellement au restaurant, regardait les réseaux sociaux, voyait ses colocataires. Tenant compte de ces éléments, le Dr I_____ a retenu que l'assuré parvenait à se mobiliser rapidement et gardait de l'intérêt pour des loisirs, qui lui permettaient de « se sentir mieux », étant précisé que lorsqu'il avait l'esprit occupé, sa tristesse cessait. Il ne présentait par ailleurs pas de ralentissement psychomoteur, ni de fatigue particulière et l'expert n'avait pas observé d'abaissement marqué de l'humeur ni de labilité émotionnelle manifeste. Ce tableau clinique ne permettait ainsi pas de retenir un épisode dépressif. En revanche, la perte de confiance en soi et les sentiments de dévalorisation pouvaient entrer dans le cadre du trouble de la personnalité. S'ajoute à cela que la Dre E_____ n'a pas examiné le caractère invalidant de ce trouble à l'aune de tous les principes jurisprudentiels applicables en la matière. Elle n'a en particulier pas examiné le complexe de la personnalité, le contexte social, la cohérence des plaintes et la gravité du diagnostic en rapport avec l'absence de suivi régulier. Sur ces derniers points, le Dr I_____ a constaté des incohérences dans le fait que l'assuré souhaitait qu'on l'aide sérieusement mais ne s'impliquait pas dans une prise en charge médicale. Il a également retenu que les symptômes décrits par l'assuré étaient plus importants que les constatations objectives – les problèmes de concentration qu'il ne parvenait pas à préciser n'étaient en particulier pas observés – et qu'il y avait « clairement un comportement d'amplification des

symptômes ». Or, dans ses deux rapports, l'experte n'a pas indiqué si l'assuré, qualifié de « très plaintif » avec une attitude « passive, voire par moments revendicatrice », présentait une attitude dramatisante. Dans ses réponses devant la chambre de céans, elle a certes précisé, sans le motiver, qu'elle ne « pensait pas que tel était le cas », tout en relevant que l'assuré cherchait une reconnaissance de son mal-être et du tort subi sur son lieu de travail. Les limitations fonctionnelles n'ont pas non plus été clairement décrites par la Dre E_____, qui s'est limitée à relever qu'elles « ne découlaient pas seulement de son état psychique mais également de son attitude et des suites des comportements qu'il a eus dans le passé ». Là encore, l'appréciation du Dr I_____ est plus complète et convaincante puisqu'il a énuméré toutes les ressources personnelles et externes de l'assuré, dont certaines présentaient des limitations « modérément prononcées » (soit « adaptation aux règles et routine », « flexibilité et adaptabilité », « capacité à porter des jugements ou à prendre des décisions », « capacité d'affirmation de soi », « capacité de contact et de conversation avec des tiers », « capacité d'intégration dans un groupe »). Il a précisé que les difficultés dans les relations interpersonnelles entraînaient une diminution de rendement de 20%. Il suit des éléments qui précèdent que les diagnostics et conclusions du Dr I_____ sont motivés de manière convaincante, de même que les raisons pour lesquelles il s'est écarté des conclusions de la Dre E_____. Quant à l'appréciation du Dr G_____ du 22 septembre 2022, qui retient une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à compter du 1^{er} février 2023, elle ne permet pas davantage de douter du bien-fondé de l'expertise du Dr I_____. Ainsi que le retient le Dr F_____ dans son avis du 30 septembre 2022, les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, actuellement en rémission partielle, et de modification durable traumatique de la personnalité ne sont pas suffisamment étayés. L'expert n'apporte aucune explication quant aux limitations fonctionnelles, qui ne seraient « pas aussi significatives qu'auparavant », et aux symptômes dépressifs qui seraient encore présents. Par ailleurs, et alors qu'il évoque des limitations encore partielles, il conclut à une prolongation de l'incapacité de travail de 100% pendant plusieurs mois, ce qui apparaît contradictoire. Son appréciation selon laquelle la profession du recourant est inadaptée vient également contredire le constat selon lequel « le dernier emploi est adapté d'un point de vue psychiatrique ». Enfin, la durée de l'entretien avec l'assuré n'est pas mentionnée. Ainsi, compte tenu des nombreuses incohérences, et surtout, de l'absence de motivation des diagnostics retenus, les conclusions du Dr G_____ ne suffisent pas à écarter celles – convaincantes et motivées – du Dr I_____. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans ne s'écartera pas des conclusions du Dr I_____, aux termes desquelles la capacité de travail du recourant est de 100% avec une diminution de rendement de 20% dans son activité habituelle depuis le 11 août 2022. En conséquence, elle ne donnera pas suite aux réquisitions du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise (ATF 138 III 374 consid. 4.3.1). Or, une incapacité de travail de 20% est insuffisant pour ouvrir le droit aux prestations selon l'art. 12 al. 2 CGA. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a mis fin aux prestations du recourant. À bien plaisir, elle a fixé la date de cessation de l'octroi des prestations au 31 octobre 2022, ce qui lui est favorable. Eu égard aux éléments qui précèdent, la décision de l'intimée sera confirmée.

E. 4

Le recours est rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis a contrario). **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.