

GE_GERICHTE A/2869/2015 vom 13. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2869_2015

FR: GE_GERICHTE A/2869/2015 du 13 décembre 2016

IT: GE_GERICHTE A/2869/2015 del 13 dicembre 2016

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE (GE), comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Maurizio LOCCIOLA demandeur contre SWICA ASSURANCE-MALADIE SA, sis Römerstrasse 18, WINTERTHUR défenderesse EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né le _____ 1956, domicilié dans le canton de Genève, peintre en bâtiment indépendant, a été assuré depuis le 1 er janvier 2013 auprès de SWICA Assurance-maladie SA (ci-après : SWICA, l'assureur ou la défenderesse) contre le risque de perte de gain pour cause de maladie, par le biais d'une assurance collective indemnité journalière selon la LCA (soit la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 - LCA - RS 221.229.1), prévoyant une indemnité journalière maladie de 100 % d'un salaire annuel assuré de CHF 72'000.- dès le 31 ème jour de maladie, versée durant 730 jours par cas sous déduction du délai d'attente. ![/endif]>![if> 2. En date du 22 décembre 2014, l'assuré est allé consulter le docteur B_____, psychiatre psychothérapeute FMH, qui, lors de la seconde consultation, le 2 janvier 2015, l'a mis en arrêt de travail, estimant sa capacité de travail nulle pour probablement un mois, soit jusqu'au 2 février 2015. ![/endif]>![if> 3. SWICA a versé des indemnités journalières à l'assuré dès le 2 février 2015. ![/endif]>![if> 4. D'après un entretien que le visiteur des assurés de SWICA a eu le 18 février 2015 avec l'assuré au domicile de ce dernier, celui-ci souffrait d'une grosse fatigue (état dépressif), d'un manque de sommeil, d'angoisses, d'un ras le bol, d'idées noires, depuis fin 2014. Il avait plein de problèmes avec sa petite entreprise, du fait notamment que l'argent ne rentrait pas assez et que les clients traînaient pour le payer. Il en avait assez et, par moments, il avait envie de tout « envoyer en l'air ». Il avait consulté le 2 janvier 2015 le psychiatre B_____, qui l'avait aussitôt mis en arrêt complet de travail et lui avait prescrit, à titre de thérapie, du repos, des médicaments (fluoxétine 320 et zolodorm 10) et des entretiens. Aucune hospitalisation n'était prévue. Un diagnostic était prématuré. Sa déprime l'empêchait d'exécuter toutes les activités de son travail, pour une durée pas encore déterminée. Après 9 ans de scolarité, il avait suivi un apprentissage de peintre en bâtiment durant deux ans, sans obtenir de certificat fédéral de capacité, et il avait obtenu le diplôme de cafetier-restaurateur après six mois de cours. Il avait été tenancier d'un café-restaurant pendant dix ans, puis peintre en bâtiment et tapissier durant quinze ans, comme indépendant. Il travaillait toujours seul. Il avait divorcé deux fois, avait une fille de 24 ans et un fils de 15 ans, avec lesquels il vivait dans son appartement, sans percevoir ni subvention ni aide sociale. Il n'avait jamais été au chômage et n'avait pas fait de demande de prestations de l'assurance-invalidité. ![/endif]>![if> 5. Par courrier du 25 février 2015, SWICA a demandé au Dr B_____ de la renseigner sur l'incapacité de travail de l'assuré, le pronostic concernant sa capacité de travail, le plan thérapeutique ou le traitement et l'environnement social. ![/endif]>![if> 6. En réponse à ces questions, le Dr B_____ a indiqué, le 16 mars 2015, que l'assuré souffrait d'un épisode

dépressif moyen, générant une incapacité de travail totale ; les limitations consistaient en de l'aboulie, des troubles de la concentration et un ralentissement psychomoteur ; une réévaluation devait intervenir trois mois plus tard. A priori, l'assuré pourrait reprendre le moment venu son activité habituelle. Il bénéficiait d'un suivi hebdomadaire et d'un traitement médicamenteux (fluoxétine 60 mg/j, zolpidem 20 mg). Il n'y avait pas de problème à caractère non médical qui entravait sa capacité de travail. Une reprise du travail à 50 % dans deux mois et à 100 % dans trois mois était espérée. ![/endif]>![if> 7. Le 20 mars 2015, SWICA a donné mandat au docteur C_____, psychiatre FMH et psychothérapeute, d'effectuer une évaluation rapide de l'assuré, avec lequel ledit médecin a alors eu, le 30 mars 2015, un entretien d'évaluation psychiatrique. ![/endif]>![if> 8. Le rapport que le Dr C_____ a établi le 1 er avril 2015 comporte l'anamnèse de l'assuré, correspondant pour l'essentiel aux éléments anamnestiques précités recueillis par le visiteur des assurés de SWICA, sous réserve qu'il vivait seul ; l'assuré avait été poussé dans ses derniers retranchements au travail, devant « chaque fois bosser moins cher », et donnant l'impression de n'avoir pas d'autres doléances (sinon qu'il avait fait état de quelques douleurs dorsales) ; il négligeait son alimentation ; les réponses qu'il donnait sur sollicitation étaient vagues et peu convaincantes ; il ne consommait pas de stupéfiants, ni de médicaments non prescrits ; il était suivi toutes les deux semaines par le Dr B_____ et le psychologue D_____. D'un point de vue objectif, l'assuré présentait un bon niveau d'attention et de compréhension ; il n'y avait pas de dyschronologie, confusion ou autre, ni d'émotivité dépressive, mais une certaine lenteur dans les gestes et la compréhension ; il n'y avait pas de signes psychopathologiques patents ; un doute sur un éventuel foetor avait amené à un contrôle, mais il n'y avait pas de constatations manifestes d'une psychopathologie qui puissent être retenues. Le traitement médicamenteux était une bonne indication. Le diagnostic était celui de trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25), les émotions étant une légère émotivité dépressive, quelques idées noires, des troubles du sommeil et de la fatigue, et les conduites étant l'arrêt de son activité professionnelle. Il s'agissait d'un diagnostic relativement mineur, ne justifiant pas une incapacité de travail totale de presque trois mois. L'assuré devait poursuivre la prise de fluoxétine et pouvait continuer à bénéficier d'un soutien psychologique chez M. D_____. Sa capacité de travail dans son emploi de peintre en bâtiment était entière (horaire et rendement), le manque de motivation étant quasiment son seul symptôme et l'assuré ayant eu assez de temps pour récupérer de sa fatigue et de son ralentissement ; son travail ne mobilisait pas d'importantes ressources cognitives, mnésiques, volitives et autres. L'assuré n'avait pas de limitation dans son travail. Le fait qu'une activité professionnelle exercée durant de nombreuses années ne produisait pas la même motivation qu'auparavant ne constituait pas une condition de travail responsable du manque de motivation de l'assuré. Celui-ci n'avait pas de plaintes somatiques douloureuses multiples et variables depuis plus de six mois. Informé que son état psychiatrique ne justifiait pas la prolongation de son incapacité de travail totale et qu'il lui fallait retourner au travail dès le 7 avril 2015, l'assuré avait insisté sur son manque de motivation. ![/endif]>![if> 9. Par courrier du 14 avril 2015, faisant suite à un entretien téléphonique de la veille, SWICA a indiqué à l'assuré qu'au vu du rapport du Dr C_____ (envoyé parallèlement au Dr B_____), elle retenait que sa capacité de travail exigible était de 100 % dès le 15 avril 2015 et mettait fin à sa participation financière au 14 avril 2015. ![/endif]>![if> 10. Dans une « attestation à servir à qui de droit » du 30 avril 2015, le Dr B_____ a contesté la valeur probante du rapport d'expertise précité du 1 er avril 2015 du

Dr C_____. Les plaintes dépressives de l'assuré n'avaient pas été notées (tristesse, fatigue, anhédonie, insomnies, angoisses, difficultés à réaliser les tâches quotidiennes, isolement social), alors que ces plaintes étaient toujours clairement exprimées par l'assuré auprès de lui et du psychologue D_____ ; une journée type de l'assuré n'était pas décrite, ce qui n'avait pas permis d'objectiver les symptômes et les limitations fonctionnelles. D'après l'assuré, l'expert l'aurait simplement invité à s'inscrire au chômage pour le 7 avril 2015, sans anamnèse de ses symptômes actuels et de l'évolution de ses plaintes. Le status clinique était résumé sur deux paragraphes (soit quatre lignes et demi) seulement, et il était en discordance avec la conclusion que la capacité de travail de l'assuré était immédiatement totale, alors que l'expert avait lui-même observé une certaine lenteur dans les gestes et la compréhension, ce qui représentait une limitation fonctionnelle s'opposant à une reprise du travail à 100 % ; l'expert ne retenait pas d'émotivité dépressive, contrairement à son psychiatre traitant et à son psychologue, qui l'observaient aisément. Le status clinique contenait une contradiction (un bon niveau d'attention et de compréhension d'une part, mais une certaine lenteur dans les gestes et la compréhension d'autre part). Sur l'échelle d'Hamilton, les plaintes parcellaires retenues par l'expert devaient conduire à retenir au moins un épisode dépressif léger, et non un trouble de l'adaptation ; les plaintes n'avaient pas été validées sur une échelle psychométrique. Le diagnostic relativement mineur retenu par l'expert ne justifierait pas la « bonne indication » de 40 mg/j de fluoxétrine. Il était douteux que l'assuré ait avoué devant l'expert un manque de motivation dont il ne faisait pas état devant son psychiatre traitant. L'expert avait perdu sa neutralité en indiquant que le manque de motivation était presque le seul symptôme de l'assuré, après avoir évoqué des plaintes d'une légère émotivité, quelques idées noires, des troubles du sommeil et une fatigue, de même qu'en retenant que le travail de l'assuré ne mobilisait pas d'importantes ressources cognitives, mnésiques, volitives et autres, alors que l'assuré, pour pouvoir travailler correctement, avait besoin de récupérer l'entièreté desdites capacités. Il était surprenant que l'expert ait encouragé l'assuré à reprendre le travail le 7 avril 2015 seulement s'il l'estimait pleinement capable de travailler depuis le 20 (recte : 30) mars 2015. Un manque de motivation ne permettait pas de retenir à lui seul le diagnostic de trouble de l'adaptation, si bien que soit ledit diagnostic n'était pas valable, soit il existait d'autres éléments psychopathologiques non décrits par l'expert. Le Dr B_____ estimait que l'assuré pourrait reprendre une activité à 50 % dès le 1^{er} juin 2015 et à 100 % dès le 1^{er} juillet 2015. ![/endif]>![if> 11. Par recommandé expédié le 12 mai 2015, réitéré le 3 juin 2015, désormais représenté par un avocat, l'assuré a transmis ladite attestation du Dr B_____ à SWICA et mis cette dernière en demeure de reprendre le versement des indemnités journalières à partir du 15 avril 2015. ![/endif]>![if> 12. Le 9 juin 2015, SWICA a indiqué à l'assuré que, sur préavis de son médecin- conseil, le docteur E_____, elle invitait le Dr C_____ à prendre position sur l'avis du Dr B_____ et qu'elle ferait part sans retard de sa nouvelle détermination. ![/endif]>![if> 13. Dans un rapport complémentaire du 4 août 2015, le Dr C_____ a réfuté les arguments soulevés par le Dr B_____. L'assuré s'était présenté, lors de l'expertise, dans un état suffisamment bon pour qu'il soit raisonnable d'exiger de lui qu'il rompe avec une tendance à l'isolement social, qui ne l'empêchait d'ailleurs pas de se maintenir au travail. Des difficultés d'attention et de concentration, présentes dans une certaine mesure, ne limitaient pas la capacité de travail de l'assuré, dans un métier dans lequel il avait acquis, avec les années, des automatismes et qui n'exigeaient pas d'importantes ressources cognitives, mnésiques et de concentration. L'assuré avait présenté devant lui des troubles de l'humeur d'une importance insuffisante

pour constituer des plaintes dépressives et pouvoir être retenues comme critère diagnostique d'un épisode dépressif. L'assuré avait été invité à parler spontanément. Des limitations fonctionnelles n'avaient pas été notées, car il n'y en avait pas. Il avait noté les éléments constatables, sans évoquer ceux qui ne l'étaient pas. Qu'une personne présente un certain ralentissement dans ses gestes et sa compréhension ne constituait pas nécessairement un critère diagnostique de ralentissement psychomoteur suffisamment important pour être retenu comme tel. Une émotivité dépressive ne représentait pas une tristesse dépressive, critère diagnostique lui aussi insuffisamment important pour être retenu comme tel. Il n'y avait pas de difficultés d'attention et de concentration suffisantes pour constituer un critère diagnostique. L'échelle d'Hamilton était à 10, ce qui traduisait un syndrome dépressif léger, mais pas un épisode dépressif léger (bien qu'une telle échelle ne constituât pas un instrument diagnostique). Un trouble de l'adaptation ne justifiait certes pas un traitement de fluoxétine 40 mg/j, mais l'assuré prenait déjà ce médicament, avec l'avantage de limiter l'aggravation de son émotivité, non constitutive de critère majeur de tristesse dépressive ; il pouvait continuer à en bénéficier, même si – il est vrai – il n'y avait pas réellement d'indication, au sens strict, à prescrire ce médicament. L'assuré s'était exprimé d'une façon ne témoignant pas d'une grande motivation à reprendre son travail. L'assuré avait une pleine capacité de travail dès le 30 mars 2015, mais, par empathie pour sa détresse sociale et non médicale, il lui avait accordé une semaine pour entreprendre les démarches nécessaires pour retrouver une activité, s'inscrire au chômage ou à l'aide sociale. Il était faux qu'il aurait posé le diagnostic de trouble de l'adaptation sur la base uniquement d'un manque de motivation. En conclusion, le Dr C _____ confirmait son appréciation consignée dans son rapport du 1^{er} avril 2015. [endif]>[if> 14. Le 27 août 2015 – n'ayant pas reçu une nouvelle détermination de SWICA –, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'une demande en paiement contre SWICA Organisation de santé, en concluant à la condamnation de cette dernière à lui verser la somme de CHF 27'186.-, plus intérêts à 5 % dès le 25 juin 2015 et celle de CHF 1'080.- à titre de dommages et intérêts. Il était toujours en incapacité totale de travail ; une reprise à 50 %, voire à 100 %, était prévue dès le 1^{er} septembre 2015. Il avait droit au paiement des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie (représentant CHF 27'186.-), avec intérêts, et à des dommages et intérêts pour le dommage constitué des frais et honoraires de son conseil avant procédure (représentant CHF 1'080.-). [endif]>[if> 15. Le 1^{er} septembre 2015, le Dr E _____, médecin-conseil de SWICA, a indiqué, en interne à SWICA, que la prise de position du Dr C _____ suite au rapport du Dr B _____ ne modifiait pas la position exprimée par SWICA le 14 avril 2015. [endif]>[if> 16. Par mémoire de réponse du 22 septembre 2015, SWICA Organisation de santé et SWICA Assurance-maladie SA ont conclu au rejet de la demande en paiement de l'assuré, dans la mesure où celle-ci était recevable. Sur le plan des faits, elles ont relevé que l'assuré, qui n'avait pas attendu de nouvelles de SWICA, réclamait des indemnités journalières pour la période du 15 avril au 31 août 2015 et que, bien qu'il fût valoir une incapacité de travail depuis plus de six mois, il ne s'était pas annoncé à l'assurance-invalidité. En droit, elles ont fait valoir que SWICA Organisation de santé n'était pas l'assureur responsable, ce qu'était SWICA Assurance-maladie SA, si bien que la demande devait être déclarée irrecevable. Subsidiairement, sur le fond, le rapport du Dr C _____ avait pleine valeur probante ; le Dr B _____ avait fait état d'une reprise du travail de l'assuré à 50 % le 1^{er} juin 2015 et à 100 % le 1^{er} juillet 2015. Il n'y avait pas lieu de chercher d'autres preuves. Au nombre des pièces produites figurait le rapport complémentaire du 4 août 2015 du Dr C _____.

17. Dans une « attestation à servir à qui de droit » du 15 octobre 2015, le Dr B_____ a certifié que l'assuré bénéficiait d'un suivi psychiatrique et psychologique hebdomadaire en raison d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), ayant nécessité des arrêts maladie à 100 % depuis le 2 janvier 2015 en raison, à titre de limitations fonctionnelles, d'aboulie, troubles de la concentration, ralentissement psychomoteur, isolement social. Son état de santé s'étant amélioré, l'assuré avait pu reprendre le travail à 50 % le 1^{er} octobre 2015, une reprise à 100 % étant espérée dès le 1^{er} novembre 2015. Une persistance de ses limitations fonctionnelles précitées n'avait pas permis une reprise du travail à 50 % en juin 2015 et à 100 % en juillet 2015 comme envisagé à un certain moment. Le Dr B_____ confirmait ses objections du 30 avril 2015 à l'encontre du rapport d'expertise du Dr C_____ du 1^{er} avril 2015, auxquelles ce dernier n'avait pas répondu de façon convaincante par son rapport complémentaire du 4 août 2015. L'isolement social était une limitation fonctionnelle importante reconnue (par exemple pour apprécier les critères de gravité d'un trouble somatoforme douloureux, que l'assuré n'avait pas) ; en cas de perte totale de l'intégration sociale, il représentait une limitation fonctionnelle en lien avec un épisode dépressif diminuant potentiellement la capacité de travail. Il en allait de même des troubles de la concentration empêchant le déroulement de la vie quotidienne, suffisamment sévères pour empêcher un travailleur manuel de continuer adéquatement son travail (planification et exécution de tâches simples). L'évaluation médicale rapide du Dr C_____ était à tort considérée par SWICA comme plus exhaustive que son évaluation non rapide, et elle ne valait pas expertise psychiatrique. Le défaut de valeur probante de cette évaluation tenait aux contradictions qu'elle comportait. Si elle ne constituait pas un instrument diagnostique, l'échelle de Hamilton permettait de mesurer la gravité de la dépression, pour peu qu'on prenne le temps (soit 45 minutes) pour évaluer les symptômes, ce que le Dr C_____ n'avait pas fait. Ce dernier retenait à la fois un trouble psychique pouvant être incapacitant à 100 % et expliquait qu'il s'agissait d'un manque de motivation sans limitations fonctionnelles, ne justifiant pas d'arrêt de travail.

18. Par réplique du 3 novembre 2015, l'assuré a persisté dans les conclusions de sa demande du 26 août 2015. Il s'était trouvé en incapacité de travail à 50 % durant tout le mois de juin 2015 et avait essayé de reprendre le travail mais avait dû constater que son état de santé ne le lui permettait pas. Il avait ensuite présenté une incapacité de travail de 100 % en juillet, août et septembre 2015, puis de 50 % dès octobre 2015, et il avait retrouvé sa capacité totale de travailler dès le 1^{er} novembre 2015. Le rapport complémentaire du 4 août 2015 du Dr C_____ était contesté au vu des critiques pertinentes contenues dans le rapport du Dr B_____ du 15 octobre 2015. L'assuré avait présenté des troubles de la concentration l'ayant empêché d'exécuter son travail, comportant des tâches de gestion administrative et nécessitant souvent de la concentration et de la précision. Il était curieux que le Dr C_____, mandaté par SWICA via son médecin-conseil, se soit contenté de procéder à une « évaluation médicale rapide », notamment pour des troubles psychiques, au cours d'un examen ayant duré tout au plus 30 minutes. Le Dr C_____ se contredisait et prenait partie pour SWICA (par exemple en évoquant une obligation de réduire le dommage). En droit, les rapports entre l'assuré et SWICA relevaient du droit privé ; l'« évaluation médicale rapide » faite par le Dr C_____ n'était au mieux qu'un rapport d'expertise privée, dénué de force probante mais valant allégués d'une partie. Il fallait se référer aux appréciations médicales du Dr B_____.

19. Par duplique du 15 décembre 2015, SWICA a maintenu ses conclusions tendant au rejet de la demande de l'assuré, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire après obtention des

dates de consultation et production des notes de consultation et rapports du Dr B _____ et du psychologue D _____ durant l'incapacité de travail litigieuse. Si, selon une jurisprudence récente, les expertises de parties ne constituaient pas des moyens de preuve mais des allégués, seuls les allégués expressément contestés devaient être prouvés, une contestation générale ne suffisait pas. L'assuré émettait le grief que le Dr C _____ ne l'aurait examiné que durant 30 minutes et que SWICA mandatait souvent le Dr C _____ ; or, la durée de l'audition de l'assuré importait peu, et SWICA recourait aux services aussi d'autres experts que le Dr C _____ ; le Dr B _____ était d'ailleurs fréquemment consulté par les clients du conseil de l'assuré et il faisait souvent valoir les mêmes arguments. L'assuré ne s'était pas annoncé dans les six mois dès le début de son incapacité de travail auprès de l'assurance-invalidité pour des mesures de détection précoce, alors qu'il prétendait à une incapacité de travail de longue durée. Le 30 mars 2015, le Dr C _____ avait constaté que l'assuré n'avait pas exprimé de plainte que son appétit aurait diminué ; il avait suffisamment d'attention et de compréhension, et l'importance des troubles de l'humeur n'était pas suffisamment notable pour être retenue comme critère diagnostique. L'échelle Hamilton était de 10, ce qui correspondait à un syndrome dépressif léger. L'assuré avait souffert d'un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et conduites, diagnostic relativement mineur ne justifiant pas une incapacité de travail de presque trois mois. Le cas échéant, il fallait que le Dr B _____ et le psychologue D _____ produisent leurs notes de consultation et rapports depuis la suspension des prestations au 14 avril 2015 jusqu'à la reprise du travail à 100 % le 1^{er} novembre 2015, et que ces notes soient soumises à un expert judiciaire pour qu'il se détermine sur l'incapacité de travail litigieuse. 20. Dans des observations du 20 janvier 2016, l'assuré a précisé les allégués des rapports du Dr C _____ des 1^{er} avril et 4 août 2015 qu'il contestait. L'examen auquel avait procédé le Dr C _____ avait été des plus superficiels, ne permettant pas de poser un diagnostic psychique. Le conseil de l'assuré ne connaissant pas le Dr B _____, qui pouvait avoir invité certains de ses patients à s'adresser à lui pour leur défense. L'assuré demandait l'audition du Dr B _____ et du psychologue D _____ (dont il n'était pas certain qu'ils seraient obligés de produire leurs notes de consultation). Il persistait dans les conclusions de sa demande. 21. Selon un courrier de SWICA du 26 janvier 2016, la jurisprudence admettait des évaluations médicales rapides. 22. Le 3 février 2016, l'assuré a maintenu sa demande d'audition du Dr B _____ et du psychologue D _____. 23. Le 30 août 2016, en réponse à une demande de la chambre des assurances sociales du 12 août 2016, le psychologue D _____ a certifié que l'assuré avait bénéficié d'un suivi psychothérapeutique bimensuel depuis le 2 janvier 2015 puis d'un suivi régulier depuis le 1^{er} octobre 2015, suivi durant lequel il avait constaté que son état psychique était incompatible avec une activité professionnelle. Étant donné ses limitations fonctionnelles dues à son état dépressif, dont le traitement médical revenait au Dr B _____, l'assuré ne se trouvait alors pas en position d'assumer son travail. 24. Par courrier du 16 septembre 2016, SWICA a relevé que le psychologue D _____ s'était borné à attester une incapacité de travail sans en préciser les motifs et les limitations fonctionnelles. Il y avait lieu de préférer le rapport du Dr C _____ à celui du Dr B _____ et du psychologue D _____, comme dans un autre cas jugé par la chambre des assurances sociales (ATAS/254/2016) et le Tribunal fédéral (4A_318/2016). Le Dr E _____, médecin-conseil de SWICA, avait approuvé les conclusions du rapport de l'expert privé C _____. Selon l'art. 59 des Conditions générales d'assurance (ci-après : CGA), SWICA était autorisé à suspendre le versement des

indemnités journalières à défaut d'annonce à l'assurance-invalidité et à l'assurance chômage. Elle persistait dans ses conclusions. ![/endif]>![if> 25. Le 30 septembre 2016, l'assuré a sollicité une audience de débats, de même que sa propre audition et l'audition du Dr B _____ et du psychologue D _____, réservant ensuite la mise sur pied d'une expertise judiciaire à confier à un expert psychiatre. ![/endif]>![if> 26. En date du 15 novembre 2016, la chambre des assurances sociales a procédé à l'audition des parties et à celle, à titre de témoins, des Drs B _____ et C _____. ![/endif]>![if> a. SWICA ne contestait pas le for de la demande. L'indemnité journalière due le cas échéant contractuellement était de CHF 197.25, pour chaque jour (travaillé, congé ou férié), à 100 % en cas d'incapacité totale de travail et au taux de l'activité partielle en cas d'incapacité partielle de travail. ![/endif]>![if> Ainsi qu'il l'avait réservé et de façon non contestée par SWICA, l'assuré a amplifié ses conclusions, les portant au total que donne la multiplication du nombre de jours entre le 15 avril et le 30 septembre 2015 par CHF 197.25 et des 31 jours d'octobre 2015 par CHF 197.25/2 . b. Le Dr B _____ avait vu l'assuré la première fois le 22 décembre 2014 ; il avait alors relevé chez ce dernier des éléments cliniques dépressifs, soit une fatigue importante en rapport avec des troubles du sommeil évoluant depuis quelques mois, un niveau d'anxiété important, des troubles de la concentration, une perte d'intérêt dans le quotidien, un abaissement de l'humeur, des idées noires. Deux semaines plus tard, soit le 2 janvier 2015, ces symptômes s'étaient accentués, si bien que ledit médecin avait établi un certificat d'incapacité totale de travail, estimant l'assuré dépassé par la situation et pas à même d'assumer ses responsabilités professionnelles. Le diagnostic posé était celui d'état dépressif alors moyen avec syndrome somatique (F32.11), compte tenu d'un cortège de syndromes physiques liés à l'anxiété (troubles digestifs, céphalées, perte d'appétit). Ce diagnostic se différenciait de celui de trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25), qu'avait posé le Dr C _____, essentiellement par une différence d'intensité des symptômes, qui pouvaient être identiques (comme la tristesse, l'anxiété, les troubles du sommeil) mais, dans le cas de ce diagnostic-ci, étaient moindres et évoluaient depuis peu de temps. Au-delà du diagnostic retenu proprement dit, l'important résidait dans les limitations fonctionnelles. Dans le cas de l'assuré, l'effet incapacitant des symptômes précités s'était prolongé au-delà de la période initialement envisagée de trois mois ; en mars 2015, il avait constaté qu'une reprise du travail n'était toujours pas possible, en dépit d'une augmentation du dosage de l'antidépresseur prescrit et qu'il a fallu ré-abaisser compte tenu d'effets contre-productifs liés à la dose augmentée. L'assuré présentait un ralentissement psychomoteur, lié à des troubles cognitifs (troubles de l'attention et de la concentration, aboutissant à des troubles de la mémoire récente et de l'idée et des pensées) ; c'était une limitation qui primait pour justifier une incapacité totale de travail. Le Dr B _____ s'était régulièrement concerté avec le psychothérapeute délégué, M. D _____. L'appréciation du psychiatre se fondait sur les entretiens avec le patient, les réponses données, les déclarations spontanées, l'attitude générale, la cohérence ; l'échelle de dépression Hamilton (versée au dossier) permettait – en une dizaine de minutes pour un patient connu, et entre quinze à vingt minutes pour un patient jusque-là inconnu – d'obtenir un score plus objectif confortant le cas échéant l'impression subjective du psychiatre ; dans le cas de l'assuré, le score était de 23 vers février-mars 2015, sur une échelle allant jusqu'à 45-50, donc déjà relativement important et permettant de qualifier l'épisode dépressif diagnostiqué de moyen. Les symptômes ont mis du temps à s'atténuer, soit vers la fin de l'été 2015, étant précisé qu'une tentative de reprise du travail à mi-temps, préconisée par le médecin, avait échoué en juin 2015 ; une capacité de travail de 50 % a pu être attestée pour

octobre 2015 et de 100 % dès novembre 2015. D'avril 2015 (où l'assuré avait été vu par une psychiatre du cabinet, la doctoresse F _____) à octobre 2015, le Dr B _____ avait vu l'assuré les 18 mai, 15 juin, 21 septembre et 26 octobre (un de ses collègues du cabinet ayant dû le voir durant l'été 2015) ; le psychologue D _____ avait vu l'assuré en psychothérapie déléguée deux fois par mois. !endif]>![if> c. Selon le Dr C _____, entre les deux diagnostics évoqués (F32.10 et F43.25), il y avait principalement une différence d'intensité voire de quantité des symptômes. Celui qu'avait posé le Dr B _____ impliquait des symptômes majeurs (tristesse, fatigue et anédonie), accompagnés de symptômes mineurs (baisse de l'estime de soi, culpabilité, ralentissement, trouble de l'attention et de la concentration, inappétence et idées suicidaires). Chez l'assuré, il y avait une émotivité dépressive modérée, mais pas d'éléments somatiques suffisamment marqués pour que le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique pût être posé, ni lors de l'examen de l'assuré (le 30 mars 2015), ni même dans les deux à trois mois l'ayant précédé, mais un trouble de l'adaptation réactionnel aux difficultés professionnelles de l'assuré ; peut-être (mais peut-être seulement) que celui-ci s'en était trouvé en incapacité de travail au début de l'année 2015, mais en tout cas pas dès avril 2015. L'échelle de dépression de Hamilton, qui n'était en principe pas utilisable à des fins diagnostiques, représentait un test effectué entre cinq à quarante-cinq minutes, et ses résultats pouvaient varier d'un examinateur à l'autre ; le Dr C _____ ne l'avait pas utilisée. L'examen qu'il avait fait devait avoir duré trente-cinq minutes, soit un temps suffisant pour effectuer une appréciation fiable de la situation. La consommation de bière qui était ressortie de l'anamnèse de l'assuré n'avait juste pas été suffisante pour qu'un trouble lié à une consommation nocive pour la santé (F10.10) soit retenue. L'émotivité et les troubles de l'humeur constatés chez l'assuré (ceux-ci ayant été plus marqués lors de l'évocation des difficultés professionnelles), de même que les quelques gestes de lenteur et difficultés de compréhension identifiés lors de l'examen n'avaient pas présenté une intensité suffisante pour justifier le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique posé par le Dr B _____. L'évaluation brève que le Dr C _____ avait effectuée n'était pas une expertise, mais elle avait représenté une investigation proportionnée à la situation de l'assuré et – comme c'est fréquemment le cas – suffisante pour poser le bon diagnostic et apprécier de façon juste l'impact des symptômes sur la capacité de travail. Lorsque, appelé à effectuer une telle évaluation, il estimait, au vu du dossier et/ou lors de la consultation, qu'il faudrait qu'un examen plus développé ou une expertise soient effectués, le Dr C _____ en faisait part à l'assureur le mandatant ; dans le cas de l'assuré, il n'avait éprouvé aucun doute que l'évaluation rapide sollicitée était suffisante pour aboutir à des conclusions fiables. Les évaluations brèves effectuées par des psychiatres étaient encore soumises au médecin-conseil de l'assureur (en l'occurrence au Dr E _____, qui – a rappelé la représentante de SWICA – avait confirmé la pertinence de l'évaluation faite par le Dr C _____). Le Dr B _____ a estimé gênante l'utilisation faite par l'assureur d'une évaluation brève. Le Dr C _____ a contesté qu'il aurait dit d'emblée à l'assuré « qu'il n'avait rien à faire à l'assurance mais devait aller au chômage ou à l'assistance sociale », selon ce que l'assuré a indiqué ; il lui avait dit à la fin de la consultation qu'il avait une pleine capacité de travail et qu'il lui fallait donc retourner au travail ou, à défaut, s'adresser à l'aide sociale, le chômage lui étant fermé comme indépendant. !endif]>![if> d. Les parties ont demandé à faire leurs plaidoiries finales par écrit. La chambre des assurances sociales leur a imparti un délai au 28 novembre 2016 à cette fin. !endif]>![if> 27. Dans des plaidoiries écrites du 29 novembre 2016, l'assuré a persisté dans les

conclusions de sa demande, y compris, à défaut de force probante accordée au rapport du Dr B_____, dans sa demande de mise sur pied d'une expertise judiciaire. Le Dr C_____ n'avait pas procédé à une étude fouillée du cas de l'assuré ; il n'y avait eu qu'un entretien de 35 minutes, y compris la prise de sang et le test d'Hamilton, si bien qu'il n'avait disposé que de 15 à 20 minutes pour son examen médical, soit un temps trop court pour une évaluation médicale sérieuse. Son rapport comportait des contradictions (un bon niveau d'attention et de compréhension, mais une certaine lenteur dans les gestes et la compréhension, ou des difficultés en ces domaines dans une certaine mesure). L'anamnèse et l'analyse de la prise médicamenteuse étaient incomplètes (en particulier pour le fluoxétine, dont il n'avait pas discuté si l'évolution de son dosage n'avait pas pu aggraver l'état de santé de l'assuré et le qualifier en état dépressif). Le Dr C_____ n'avait fait aucun cas de symptômes de l'assuré (idées noires, angoisses la nuit, fatigue, maque de sommeil), ne retenant qu'un manque de motivation, et n'avait pas retenu un élément de chronicité. Il s'était montré imprécis et inexact. À l'inverse, le Dr B_____ avait expliqué clairement les problèmes de santé de l'assuré et leur évolution, indiqué que ses limitations fonctionnelles ne lui permettaient pas d'exercer son activité professionnelle, relaté son traitement médical (prise en charge médicamenteuse et psychothérapie déléguée). Le médecin-conseil de SWICA n'avait jamais examiné l'assuré et s'en était simplement tenu aux rapports du Dr C_____. Le diagnostic et l'incapacité de travail attestés par le Dr B_____ devaient être tenus pour établis ; à défaut, une expertise judiciaire devait être mise sur pied. Compte tenu de son incapacité de travail à 100 % du 7 avril au 30 septembre 2015 et à 50 % en octobre 2015, l'assuré avait droit à une somme de CHF 37'872.-, plus intérêt moyen à 5 % dès le 1^{er} juillet 2015. !endif>!if> 28. Dans des plaidoiries écrites du 25 novembre 2016, SWICA a persisté à conclure au rejet de la demande (qui a été amplifiée lors de l'audience du 15 novembre 2016). Elle a fait mention des dispositions des conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) sur le devoir des assurés, en cas de maladie portant atteinte à leur capacité de travail, de consulter un médecin et se faire traiter et, au bout de trois mois d'incapacité de travail, d'envisager d'exercer une activité dans une autre profession ou un autre domaine d'activité, au titre de l'obligation de réduire l'étendue du dommage, sous peine de pouvoir se voir réduire ou supprimer les prestations ; l'assuré ne s'était pas annoncé à l'assurance-invalidité. Le rapport du Dr C_____ devait être préféré à celui du Dr B_____. Ce dernier ne pouvait être suivi lorsqu'il disait que l'assuré, en mars 2015, présentait encore les mêmes symptômes et que son amélioration s'était fait attendre jusqu'à la fin de l'été 2015, alors que, depuis la suspension des indemnités journalières le 14 avril 2015, il l'a revu seulement les 18 mai et 15 juin 2015 puis plus jusqu'au 21 septembre 2015. À teneur des constatations effectuées par le Dr C_____, il n'y avait pas d'éléments suffisamment marqués pour retenir le diagnostic d'état dépressif moyen (fatigue difficilement surmontable le reste de la journée, émotivité, troubles de l'humeur). Ledit médecin n'avait pas eu le moindre doute qu'une évaluation brève avait été suffisante dans le cas de l'assuré. Le médecin-conseil de SWICA avait approuvé les conclusions du rapport du Dr C_____. !endif>!if> 29. Ces plaidoiries ont été communiquées aux parties. !endif>!if> EN DROIT 1. a. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril

1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1). Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b. Sauf disposition contraire de la loi – en l'espèce inexistante, du fait que la loi fédérale du 24 mars 2000 sur les fors, à laquelle renvoie l'art. 46a phr. 2 LCA, a été abrogée au 1^{er} janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC (annexe 1 prévue par l'art. 402 CPC - RO 2010 1736) –, le for est, pour les actions dirigées contre les personnes morales, celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), sous réserve d'une élection de for, dont l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité. En l'occurrence, le demandeur ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente ratione loci pour connaître de la demande, au regard de l'art. 90 CGA. c. La présente demande respecte par ailleurs les conditions de forme prévues par la loi (art. 130 s. CPC). Certes, la défenderesse évoque sinon conclut formellement que la demande doit être déclarée irrecevable parce que le demandeur l'a dirigée contre SWICA Organisation de santé et non pas contre SWICA Assurance-maladie SA. Toutefois, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière, une rectification des parties doit être admise lorsqu'il appert qu'une partie s'est trompée dans la désignation de sa partie adverse et qu'un risque de confusion peut être exclu (cf. ATF 131 I 57 consid. 2.2 p. 63; 120 III 11 consid. 1b p. 13 s.; 114 II 335 consid. 3a p. 337 ; ATAS/254/2016 du 24 mars 2016 consid. 5). Or, en l'occurrence, l'intention du demandeur était manifestement d'introduire une action en justice contre l'assureur perte de gain de l'employeur, soit SWICA assurance-maladie SA, et non pas contre l'association SWICA Organisation de santé. Cette dénomination-ci constitue une adresse de contact utilisée par l'assureur SWICA notamment pour l'assurance obligatoire des soins comme pour l'assurance complémentaire perte de gain pour cause de maladie, sinon encore pour d'autres branches d'assurance qu'elle pratique. Il n'y a eu aucun risque de confusion ; c'est bien SWICA Assurance-maladie SA qui a présenté des écritures dans la présente cause. Aussi y a-t-il lieu d'ordonner, préalablement, la rectification de la partie défenderesse et de substituer SWICA Assurance-maladie SA à SWICA Organisation de santé. d. Cette rectification étant faite, la présente demande doit être déclarée recevable.

2. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), comme c'est le cas dans le canton de Genève (art. 134 al. 1 let. c LOJ). La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC). La maxime inquisitoire sociale est applicable (art. 247 al. 2 let. a CPC). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante, qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance. 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 ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2; ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.3). 3. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si le demandeur était encore en incapacité de travail pour cause de maladie au-delà du 14 avril 2015. La défenderesse n'a pas remis en cause les indemnités journalières qu'elle lui a versées du 2 février au 14 avril 2015. Sans doute est-ce par inadvertance que, dans ses plaidoiries écrites, le demandeur a réclamé une somme englobant des indemnités journalières pour la période du 7 au 14 avril 2015, en plus de la période, du 15 avril au 30 septembre 2015 à 100 % et du 1^{er} au 31 octobre 2015 à

50 %, visée lors de l'amplification des conclusions le 15 novembre 2016. [endif]>![if>

4. Pour qu'il puisse se prononcer sur l'existence d'une maladie et d'une incapacité de travail ouvrant le droit à des indemnités journalières, le juge doit disposer de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent fournir, indiquant l'état de santé de l'assuré et le cas échéant la mesure dans laquelle il est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un avis médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu ; il faut que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude attentive, qu'ils aient donné lieu à des examens complets, que les plaintes du patient aient été prises en considération, en pleine connaissance du dossier et que les conclusions du médecin soient bien motivées. Le juge dispose néanmoins d'un libre pouvoir d'appréciation. [endif]>![if>

5. a. Deux médecins, tous deux psychiatres-et psychothérapeutes, ont émis en l'occurrence un avis sur le diagnostic et l'effet incapacitant de l'atteinte à la santé subie par le demandeur, et leur avis diverge. [endif]>![if> Alors que le médecin traitant du demandeur a posé le diagnostic d'état dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et estimé que cette atteinte à la santé empêchait le demandeur d'exercer son métier de peintre en bâtiment indépendant, totalement du 2 janvier au 30 septembre 2015 et à 50 % en octobre 2015, le spécialiste chargé par la défenderesse de procéder à une appréciation de la situation, vers la fin mars 2015, a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25), qui ne justifiait, du moins plus au bout de trois mois, d'incapacité de travail (soit dès le 7 avril 2015, date reportée par la défenderesse au 15 avril 2015). b. Si le rapport du 1^{er} avril 2015 du Dr C_____, explicité le 4 août 2015 et en audience le 15 novembre 2016, n'est pas et n'a pas été conçu comme un rapport d'expertise psychiatrique dans le sens ordinaire du terme, l'évaluation brève à laquelle ledit médecin a procédé n'en comporte pas moins les éléments essentiels d'une expertise, fondée sur l'anamnèse de l'assuré, l'écoute de ses plaintes, son examen clinique, la connaissance du dossier. Il est erroné d'en contester la force probante, ainsi que le tente le demandeur, par un minutage du temps de présence du patient dans le cabinet du médecin et l'appréciation que ce temps – en l'occurrence quelque 35 minutes – serait insuffisant pour permettre au spécialiste considéré d'émettre un avis autorisé sur les questions pertinentes. Contrairement à ce qu'insinue le demandeur, le Dr C_____ n'a pas fondé son appréciation, ne serait-ce que partiellement, sur les résultats qu'aurait donnée l'application de l'échelle de dépression d'Hamilton (qui, avec au surplus une prise de sang, aurait ainsi soustrait au total dix à quinze minutes du temps global précité de la consultation, alors que de tels examens en font partie non seulement en temps mais aussi matériellement). D'après sa déclaration en audience, le Dr C_____ n'a pas utilisé cette échelle, qui – ainsi que l'a admis le Dr B_____ – n'a pas une finalité diagnostique ; en donnant le chiffre de 10 sur ladite échelle, dans son rapport complémentaire du 4 août 2015, c'est une estimation qu'il a faite pour commenter l'appréciation critique que le Dr B_____ avait émise à ce propos le 30 avril 2015. La durée de l'audition d'un patient n'est pas déterminante pour permettre à un spécialiste de se faire une idée juste de son état de santé et de l'effet incapacitant d'une atteinte à la santé, y compris en matière psychiatrique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_386/2010 du 15 novembre 2010 consid. 3.2). Une évaluation brève telle que pratiquée en l'espèce satisfait à une exigence de proportionnalité, ce qui signifie aussi qu'elle permet généralement d'atteindre l'objectif visé, qui est non pas de soigner un patient (ce qui est la tâche du médecin traitant, qui doit prendre plus de temps à cette fin), mais d'établir si une atteinte à la santé existe (ou continue d'exister) et affecte, le cas échéant dans quelle mesure, la capacité de travail de

l'intéressé, à charge pour l'examineur de prolonger l'examen ou de préconiser une expertise si tel ne devait pas être le cas. c. D'après les deux médecins dont les avis sont discutés, les diagnostics qu'ils ont posés en l'espèce – respectivement d'état dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) s'agissant du Dr B _____, et de trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25) s'agissant du Dr C _____ – divergent essentiellement par une différence d'intensité, voire de quantité des symptômes. La chambre de céans ne voit pas de raison de ne pas retenir qu'un état dépressif moyen avec syndrome somatique impliquait des symptômes majeurs (tels que tristesse, fatigue et anédonie), accompagnés de symptômes mineurs (tels que baisse de l'estime de soi, culpabilité, ralentissement, trouble de l'attention et de la concentration, inappétence et idées suicidaires), ni qu'en-deçà de l'intensité requise de tels symptômes un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites pouvait être retenu, sans préjudice le cas échéant d'un effet incapacitant de l'atteinte à la santé diagnostiquée. Les deux médecins ont noté notamment de la fatigue, des troubles du sommeil, de l'émotivité, de l'humeur, un ralentissement, des idées noires. C'est l'appréciation de l'intensité des symptômes relevés qui différencie l'avis des deux médecins, déjà sur le diagnostic mais aussi sur l'effet incapacitant de l'atteinte à la santé. Or, la description qu'en donne le Dr B _____, en une qualité de médecin traitant exposé à moins échapper au risque de parti pris en faveur du patient du fait du lien de confiance les unissant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc), ne comporte pas de faits si objectifs et substantiels que lesdits symptômes justifient, par leur conjonction et surtout leur intensité, d'écarter l'avis du Dr C _____ (exclusif quant à lui de celui du Dr B _____, les deux appréciations ne pouvant coexister). Le Dr C _____ a indiqué qu'à fin mars 2015, le demandeur avait eu suffisamment de temps, depuis les trois mois qu'il était en arrêt complet de travail, pour récupérer de sa fatigue, que ledit médecin n'avait alors pas constatée comme pertinente pour retenir, même un peu renforcée par d'autres éléments, un état dépressif moyen. L'émotivité et les troubles de l'humeur constatés chez le demandeur par le Dr C _____, de façon plus marquée à l'évocation de ses difficultés professionnelles, ne revêtaient pas une intensité suffisante pour fonder ce diagnostic, de surcroît incapacitant. Il en allait de même des gestes de lenteur et difficultés de concentration identifiés, de quelques idées noires. On ne saurait voir de contradiction dans la position du Dr C _____ dans le fait que tout en ayant noté une certaine lenteur dans les gestes et la compréhension du demandeur, ledit médecin a constaté – manifestement globalement, en termes de pertinence pour le diagnostic et l'appréciation du caractère incapacitant de l'atteinte relevée – un bon niveau d'attention et de compréhension. La chambre de céans estime convaincant et dûment motivé le diagnostic qu'a posé le Dr C _____. d. Il en va de même de l'appréciation que ledit médecin a faite de l'effet incapacitant ou non de l'atteinte ainsi admise – en l'occurrence mineure – à la santé du demandeur. Ce n'est pas sous-estimer l'activité lucrative de peintre en bâtiment indépendant qu'exerce le demandeur, mais faire preuve de réalisme, que d'intégrer dans l'évaluation de la capacité de travail que ledit métier ne mobilise pas d'importantes ressources cognitives, mnésiques et volitives, surtout pour un artisan expérimenté, comme le demandeur, ayant acquis des automatismes. Dire à l'inverse, comme le Dr B _____, que le demandeur ne pouvait travailler sans avoir d'abord récupéré l'entièreté de ses capacités témoigne en l'occurrence d'un accueil insuffisamment distant fait aux plaintes du demandeur. Il était en outre raisonnable d'exiger du demandeur – ainsi que l'a préconisé le Dr C _____ – qu'il rompe avec une tendance à l'isolement social, en elle-même pas incompatible avec l'exercice de sa profession mais susceptible de nourrir ses

difficultés, au demeurant quand bien même, par hypothèse, il aurait pu être dans un premier temps moins à l'aise pour exercer certaines facettes (par exemple administratives) de son métier que d'autres. e. Il y a lieu de s'en tenir en l'occurrence à l'appréciation du Dr C_____, qui s'y est lui-même arrêté au terme d'une évaluation non préconçue, sans hésitation. Rien n'autorise à ne pas retenir que ledit médecin n'aurait pas manqué de faire part d'hésitations s'il en avait éprouvées et à préconiser à la défenderesse d'effectuer une expertise ou de temporiser avant d'admettre que le demandeur avait (le cas échéant à nouveau) une pleine capacité de travail ou encore de n'en admettre d'abord qu'une partielle. Or, il ne l'a pas fait, signe que – ainsi qu'il l'a d'ailleurs confirmé lors de son audition – il était convaincu de la pertinence tant du diagnostic posé que de l'appréciation faite de la capacité de travail du demandeur. f. L'avis du Dr C_____ est suffisamment approfondi, motivé et convainquant pour le que la chambre de céans le fasse sien. Il ne se justifie pas d'ordonner une expertise judiciaire (ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 428 s. ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 4.2). 6. La demande doit être rejetée. 7. Il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC), ni alloué de dépens à la charge du demandeur (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]). * * * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Préalablement :

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