

GE_GERICHTE A/3258/2016 vom 20. November 2018

GE Cour de justice, 2018-11-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3258_2016

FR: GE_GERICHTE A/3258/2016 du 20 novembre 2018

IT: GE_GERICHTE A/3258/2016 del 20 novembre 2018

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 20.11.2018
A/3258/2016

A/3258/2016 ATAS/1067/2018 du 20.11.2018 (LCA) , PARTIELMNT ADMIS En fait
En droit république et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/3258/2016
ATAS/1067/2018 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 20
novembre 2018 2 ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à
ANNEMASSE, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian
DANDRES demandeur contre SYMPANY ASSURANCES SA, sise Peter Merian-Weg 4,
BÂLE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Isabelle JAKUES
défenderesse EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), est
né le _____ 1967, originaire d'Algérie, domicilié à Annemasse (France), divorcé d'une
première union de laquelle sont issus des enfants vivant avec leur mère en France dans la
région bâloise, remarié dans le cadre d'une seconde union dont sont issus deux enfants
vivant avec leur mère en Algérie. Il a été engagé comme chauffeur par B_____ GmbH
(ci-après : l'employeur) à l'aéroport de Genève dès le 1 er février 2010 et mis à ce titre au
bénéfice d'une assurance perte de gain maladie souscrite par l'employeur auprès de
Sympany Assurances SA (ci-après : l'assureur), prévoyant le versement, au-delà de 90 jours
d'incapacité de travail pour cause de maladie, de 90 % du dernier salaire, durant 21 mois, la
couverture d'assurance prenant cependant fin le cas échéant avec la cessation des rapports
de travail. L'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré le 29 août 2014 pour le 31
janvier 2015. 2. L'assuré consultait un psychiatre – soit le docteur
C_____, psychiatre à Annemasse – dès le 29 avril 2014, à la suite d'une dégradation de ses
rapports de travail avec son supérieur hiérarchique. Le Dr C_____ l'a mis en arrêt de
travail à 100 % pour cause de maladie à partir du samedi 30 août 2014, prolongé de mois en
mois, compte tenu d'un état de santé se caractérisant, sur un fond d'anxiété généralisée
(ICD 10, F41.1), par un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (ICD
10, F43.22). À teneur d'un certificat médical du 26 septembre 2014, l'assuré
présentait une situation psychologique complexe avec des facteurs environnementaux et
psychologiques personnels fragilisants. Il y avait un paramètre d'isolement socio-affectif
alors qu'il assumait des charges familiales conséquentes, à quoi s'ajoutait une personnalité
anxieuse / évitante (F60.6). Sa situation professionnelle s'était dégradée après des années de
stabilité professionnelle (c'était ce qui avait motivé les consultations depuis avril 2014). Il
présentait un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), qui
perdurait vu la persistance des épines irritatives professionnelles. Un traitement
anxiolytique et antidépresseur était prescrit, mais l'évolution thérapeutique restait
suspendue à l'évolution de la situation professionnelle. 3. Après que l'employeur lui
eut adressé, le 2 décembre 2014, une déclaration maladie concernant l'assuré « en arrêt
maladie longue durée depuis plus de 91 jours », l'assureur a demandé au Dr C_____, le 4

décembre 2014, de lui fournir un rapport détaillé. 4. À teneur du rapport que le Dr C_____ a adressé le 8 décembre 2014 à l'assureur, l'assuré souffrait d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22). Un état de stress psycho-cognitif s'étant développé avec son supérieur hiérarchique direct sur le site professionnel depuis une année avait conduit à la constitution de ce trouble, d'autant plus sévère qu'il s'agissait d'une personnalité fragilisée. Le traitement consistait en une psychothérapie de soutien favorisant les contacts familiaux et la mise à distance du stress et un traitement médicamenteux. Il y avait une bonne observance médicamenteuse et des consultations, mais les effets étaient suspendus à la résolution du conflit intra-professionnel avec son stresser hiérarchique identifié, avec indication de la nomination d'un médiateur. Les capacités de travail étaient nulles actuellement, mais bonnes dans l'avenir. Il n'y avait pas eu de demande de prestations faite à l'assurance-invalidité (ci-après : AI).

5. L'assureur a versé en faveur de l'assuré des indemnités journalières perte de gain maladie de CHF 120.95, dès le 1^{er} décembre 2014.

6. Les 19 et 29 janvier et 11 février 2015, l'employeur a informé l'assureur que le contrat de travail de l'assuré arrivait à son terme le 31 janvier 2015 et qu'il informait ce dernier qu'il lui fallait dorénavant envoyer lui-même ses certificats d'arrêt de travail directement à l'assureur.

7. Par courrier du 5 février 2015, l'assureur a indiqué à l'assuré qu'en raison de la durée de son incapacité de travail, il lui fallait adresser une demande de prestations à l'AI, qui l'assisterait dans la réinsertion professionnelle ou examinerait son droit à une rente.

8. Le 13 février 2015, l'assureur a informé l'assuré qu'une couverture d'assurance continuait à exister au-delà de sa sortie de l'entreprise assurée au 31 janvier 2015 en cas d'incapacité de travail prolongée pour la maladie en considération de laquelle il versait des indemnités journalières en sa faveur.

9. Le 16 février 2015, le médecin consultant de l'assureur (le docteur D_____) a émis l'avis qu'une totale incapacité de travail de l'assuré était alors justifiée pour son activité de chauffeur, mais qu'une totale capacité de travail devait lui être reconnue dans une activité adaptée. Il n'y avait pas d'indication à mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

10. Le 25 février 2015, l'assureur a indiqué à l'assuré que d'après son médecin consultant ayant examiné son dossier, il était encore incapable de travailler à 100 % dans le cadre de sa profession de chauffeur, mais apte à travailler à 100 % dans une profession adaptée à ses problèmes de santé. Pour lui permettre un retour à la vie professionnelle, l'assureur lui octroyait un délai transitoire de deux mois et mettrait donc un terme au versement des indemnités journalières au 26 avril 2015 et clôturerait le cas. Il lui conseillait de s'annoncer auprès de l'assurance-chômage.

11. Le 25 février 2015, l'assuré a adressé une demande de prestations de l'AI auprès de l'office de l'AI du canton de Genève (ci-après : OAI), en considération d'une dépression depuis le 28 mai 2014, pour laquelle il était suivi par le Dr C_____.

12. Le 4 mars 2015, l'assuré a réclamé auprès de l'assureur le versement des indemnités journalières pour février 2015.

13. D'après un certificat médical du Dr C_____ du 6 mars 2015, l'assuré avait un état de santé se caractérisant par un fond d'anxiété généralisée (F41.1) s'étant aggravée conjoncturellement d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22). Les deux états interagissaient et s'auto-entretenaient l'un l'autre, ce qui rendait la situation plus complexe au plan thérapeutique et socio-professionnel.

14. Selon un rapport médical du 11 mars 2015 du Dr C_____ à l'OAI, l'assuré souffrait, avec effet sur sa capacité de travail, d'une anxiété généralisée s'étant aggravée avec l'âge et les événements de vie depuis au moins dix ans,

ainsi que d'un trouble de l'adaptation mixte anxieuse et dépressive sous une pression professionnelle et hiérarchique depuis fin 2013. Son incapacité de travail comme chauffeur de bus à l'aéroport était de 100 % ; cette activité serait exigible à 50 % dans un environnement hiérarchique bienveillant et empathique (alors sans baisse de rendement) ; une reprise de l'activité professionnelle à 50 % était envisageable au cours de l'été 2015. Sa capacité de travail exigible était ainsi de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. ![/endif]>![if> 15. Le 23 mars 2015, l'assuré, désormais représenté par un avocat, a mis l'assureur en demeure de lui verser les indemnités journalières pour février et mars 2015, puis pour avril 2015. Il contestait être apte au travail et demandait à connaître les démarches que le médecin consultant de l'assureur avait effectuées pour parvenir à l'appréciation qu'il avait émise, contraire à celle du Dr C_____. ![/endif]>![if> 16. Le 28 avril 2015, l'assuré a demandé à l'assureur de lui verser les indemnités journalières d'avril 2015, toujours en souffrance. Il contestait l'appréciation médicale faite par l'assureur, sans qu'un examen sérieux de sa situation ait été fait, ni qu'une prise de contact soit intervenue avec le Dr C_____, ni qu'il ait été examiné par un médecin-conseil. ![/endif]>![if> 17. L'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle dès le 4 mai 2015, durant laquelle des indemnités journalières de l'AI de CHF 112.80 lui seront versées, finalement jusqu'au 12 juillet 2015 du fait que le stage de formation considéré a été interrompu à cette date-ci, à la suite d'un malaise vagal. ![/endif]>![if> 18. Le 21 mai 2015, le médecin traitant généraliste de l'assuré, le docteur E_____, a établi un avis d'arrêt de travail jusqu'au 27 mai 2015, date à laquelle la neurologue F_____ a fait de même jusqu'au 3 juin 2015. ![/endif]>![if> 19. Le 19 juin 2015, le Dr C_____ a certifié que l'assuré était alors inapte psychiquement en raison de sa symptomatologie à suivre le stage d'orientation professionnelle qui lui avait été proposé. ![/endif]>![if> 20. À teneur d'un rapport du 10 juillet 2015, le docteur G_____, neurologue, a indiqué avoir vu l'assuré à sa consultation, le 7 juillet 2015, pour une névralgie cervico-brachiale gauche, évoluant depuis deux mois, hyper algique, accompagnée de paresthésies, résistante au traitement médical et à la kinésithérapie. À l'examen clinique, il n'observait pas de syndrome rachidien, ni de déficit neurologique, mais une IRM cervicale mettait en évidence une importante hernie discale C6-C7, latéralisée à gauche, provoquant une contrainte radiculaire et expliquant le tableau clinique actuel. Ledit médecin recommandait une intervention chirurgicale, mais l'assuré, malgré les douleurs et pour des raisons personnelles, souhaitait temporiser durant un mois. ![/endif]>![if> 21. Par communication du 27 juillet 2015, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en raison de son état de santé. ![/endif]>![if> 22. Le 5 août 2015, l'assuré a demandé à l'assureur de rouvrir son dossier d'indemnités journalières suite à l'aggravation de son état de santé, à savoir d'une part de son état psychologique et d'autre part de problèmes lombaires suite à une importante hernie discale. ![/endif]>![if> L'avocat de l'assuré a doublé ce courrier, le 14 août 2015, d'une demande pressante de reprendre le versement des indemnités journalières, l'assuré ne bénéficiant plus de celles de l'AI et n'ayant pas accès aux prestations de l'assurance-chômage. L'assuré se tenait à la disposition du médecin-conseil de l'assureur. 23. Par courrier du 10 septembre 2015, l'assureur a indiqué maintenir sa décision du 25 avril (recte : février) 2015, qui retenait, sur la base d'un examen de son médecin consultant, que les prestations devaient être suspendues à partir du 26 avril 2015. Aucun rapport médical n'établissait que de nouveaux facteurs de maladie devaient être pris en compte. ![/endif]>![if> 24. Le 18 novembre 2015, le Dr C_____ a certifié recevoir

l'assuré en consultation depuis avril 2014, et le suivre régulièrement avec prescription de psychotropes, notamment d'anxiolytiques ; l'assuré présentait des phénomènes d'anxiété généralisée récurrents, perturbateurs de son quotidien en ses divers aspects privé, social et professionnel. 25. D'après un certificat médical du 16 décembre 2015 du Dr C_____, l'assuré présentait une situation psychologique complexe avec des facteurs environnementaux et psychologiques personnels fragilisants. Il y avait un paramètre d'isolement socio-affectif alors qu'il assumait des charges familiales conséquentes, à quoi s'agrégeait une psychopathologie de personnalité correspondant à une personnalité anxieuse / évitante (F60.6), faisant toute l'intensité et la complexité de la situation. L'assuré présentait ainsi une symptomatologie d'anxiété généralisée comportant de multiples signes de somatisations fonctionnelles altérant par exemple les fonctions vasculaires, digestives, cognitives ainsi que le sommeil, éléments s'accompagnant de réactions d'évitement parasitant l'efficacité socio-professionnelle. C'était dans ce contexte que les relations professionnelles s'étaient apparemment dégradées avec son supérieur hiérarchique, après des années de stabilité professionnelle, et qu'il avait reçu son licenciement, ayant constitué pour lui, vu sa personnalité, un état de stress majeur et entraîné un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22). Sa conformation psychopathologique avait la douleur morale et lésait toute tentative de réinsertion ou reconversion professionnelle d'un poids non négligeable, d'autant plus que les acquis culturels et scolaires initiaux étaient faibles. Dans ces conditions connexes au trouble de la personnalité et aux réactions anxieuses généralisées, le trouble de l'adaptation réaction mixte anxieuse et dépressive perdurait et ne cessait de rebondir vu la persistance des épines irritatives socio-professionnelles. Un traitement anxiolytique et antidépresseur était prescrit, pour lequel l'assuré était observant, mais l'évolution thérapeutique restait suspendue à l'évolution de la situation professionnelle. 26. Par recommandé du 17 décembre 2015, l'avocat de l'assuré a indiqué à l'assureur que le Dr C_____ avait fourni à cette dernière toutes les informations utiles concernant son état de santé. L'assuré ne percevait plus d'indemnités journalières depuis juin 2015, alors que l'affection dont il souffrait avait pris naissance pendant que les rapports de travail existaient avec l'employeur. L'assureur était mis en demeure de s'acquitter des indemnités journalières de juin à novembre 2015. 27. Le 2 mai 2016 – après lui avoir écrit, le 21 décembre 2015, que des investigations étaient en cours et prendraient un peu de temps et sur recommandation de son médecin consultant, le Dr D_____ –, l'assureur a mandaté le docteur I_____, spécialiste FMH en neurologie, psychiatrie et psychothérapie, pour expertise psychiatrique de l'assuré, fixée au 17 mai 2016, rendez-vous qui n'a finalement pas dû être reporté (la perspective que l'assuré soit opéré le 12 mai 2016 par le Dr G_____ ne s'étant pas réalisée, compte tenu du fait que lors d'une consultation du 10 mai 2016, l'assuré a signalé n'avoir plus de douleurs déjà depuis plusieurs jours et que l'examen clinique ne retrouvait pas de raideur cervicale ni de déficit neurologique). 28. Le Dr I_____ a rendu son rapport d'expertise le 20 mai 2016 (en allemand). Après l'énumération et le résumé des pièces du dossier (1½ pages), ce rapport relate l'anamnèse familiale et sociale de l'assuré (1½ page), les indications subjectives de ce dernier sur son état de santé (2 pages), son anamnèse végétative et ses traitements (½ page). Suivent les constatations objectives, soit le status psychopathologique (1 page), les résultats des études psychométriques (page) et des laboratoires (¼ page). Les diagnostics posés étaient d'une part, avec répercussion sur la capacité de travail, celui d'anxiété généralisée (F41.1), depuis 2015 (le diagnostic posé depuis l'été 2014 était celui de trouble

de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive [F43.22]), et d'autre part, sans répercussion sur la capacité de travail, celui d'imaturité émotionnelle et traits de personnalité anxieuse / évitante et narcissique accentués (Z73.1). Suit une discussion du cas, sur 5½ pages. Tous les symptômes psychiques pertinents sur le plan du diagnostic et supposés motiver l'incapacité de travail attestée s'étaient clairement manifestés chez l'assuré dans le contexte de sa situation professionnelle tendue et perçue par lui comme stressante et insatisfaisante, ainsi que du licenciement reçu fin août 2014. Dans le courant de l'année 2014 ou au début de l'année 2015, le diagnostic pouvait être celui de réaction à un facteur de stress sévère et de troubles de l'adaptation (donc celui qu'avait posé le Dr C_____ dans son rapport médical du 8 décembre 2014). Un trouble de l'adaptation guérissait cependant généralement en l'espace de six mois ; au bout de deux ans, même une réaction dépressive de longue durée devait avoir disparu ; à défaut, il ne s'agissait plus d'un simple trouble de l'adaptation, et le diagnostic devait être revu ; une personnalité primaire intacte disposait de mécanismes de défense matures, permettant de gérer plus rapidement l'adaptation requise. En l'occurrence, il existait des facteurs de stress psychosociaux persistants ou récurrents s'accompagnant de conséquences correspondantes, le licenciement en constituant un supplémentaire non négligeable. L'assuré ne présentait pas de troubles de la personnalité (contrairement au diagnostic postulé à plusieurs reprises par le psychiatre traitant), mais certains traits de personnalité, caractérisés par une certaine immaturité émotionnelle accompagnée de traits anxio-dépendants et évitants, et une grave atteinte narcissique était évidente. L'assuré se projetait constamment dans le rôle de victime. Du fait de ses traits de personnalité, il avait été plus difficile pour l'assuré de faire face à sa situation avec réalisme et de façon constructive, donc de surmonter les symptômes du trouble de l'adaptation de façon adéquate ; ses inquiétudes quant à son avenir professionnel et financier contribuaient à la persistance de ses symptômes. Objectivement, ses symptômes anxio-dépressifs pouvaient être évalués comme étant encore légers ou tout au plus de degré moyen, malgré l'absence d'un soutien psychopharmacologique suffisant (point non contrôlé par le psychiatre traitant). Vu l'écoulement du temps correspondant à un diagnostic de trouble de l'adaptation, les symptômes encore présents devaient être redéfinis comme relevant d'une anxiété généralisée (diagnostic également posé par le Dr C_____ dans ses attestations ultérieures des 6 mars et 18 novembre 2015, mais plus, curieusement, dans celle du 16 décembre 2015). Il était certain que l'assuré ne souffrait pas d'un trouble de la personnalité, ni à la fois d'un trouble de l'adaptation et d'une anxiété généralisée. En dépit de ses plaintes véhémentes, l'assuré était tout à fait en mesure d'avoir un rythme journalier régulier et d'effectuer des activités hors de son domicile lorsque cela était nécessaire. Objectivement, son état ne relevait plus, depuis longtemps, de simples symptômes anxio-dépressifs de degré tout au plus moyen en réaction à une situation, mais était de plus en plus attribuable à ses inquiétudes concernant son avenir professionnel et financier et à ses traits de personnalité accentués incluant une atteinte narcissique, un fort ressentiment et un désir de reconnaissance et de sécurité financière, en plus de son isolement social dans un petit appartement à Annemasse. Ces facteurs indépendants de la pathologie n'avaient toutefois pas à être pris en compte ; les traits de personnalité accentués pouvaient être considérés comme surmontables et suffisamment contrôlables. En résumé, les symptômes présentés par l'assuré et ayant conduit à lui attester une incapacité de travail ininterrompue à 100 % étaient clairement apparus en réaction à la situation professionnelle conflictuelle et au licenciement reçu ; depuis longtemps, ils étaient légers ou tout au plus moyens et ne justifiaient plus, depuis un certain temps, une incapacité de travail à 100 %. Continuer à

attester une incapacité de travail à 100 % constituait pour l'assuré un bénéfice secondaire considérable, qui n'était plus justifiable. Il était possible à l'assuré de reprendre progressivement son activité ou toute autre activité adaptée à son âge et à son niveau de formation, immédiatement à 50 %, puis à 80 % au plus tard dès le 1^{er} août 2016 et à 100 % au plus tard dès le 1^{er} octobre 2016, date à partir de laquelle sa capacité de travail n'était plus altérée pour des raisons psychiques ; cette reprise progressive aurait été possible dès le 28 avril 2015 ou même plus tôt. Au regard de l'incapacité de travail à 100 % attestée de façon continue, ayant conduit à supposer l'existence de symptômes graves, inchangés et entièrement résistants au traitement, le traitement psychiatrique suivi jusque-là paraissait peu cohérent. La prise régulière d'antidépresseurs à une dose suffisante était recommandée et des contrôles sanguins visant à vérifier l'observance du traitement étaient indispensables ; l'amélioration de la structure journalière de l'assuré devait être améliorée, par exemple par l'intégration dans une clinique de jour ou un moyen similaire. Le pronostic dépendrait essentiellement de l'évolution de la situation professionnelle de l'assuré. 29. D'après un rapport du 24 mai 2016 du Dr G_____ à l'OAI, l'assuré (qu'il suivait depuis juillet 2015) décrivait de façon variable un tableau caractérisé par des douleurs cervicales, irradiées au niveau du membre supérieur gauche, avec une hypoesthésie de son index gauche ; ces douleurs étaient d'intensité variable, soulagées partiellement par le traitement médical. À l'examen clinique, ledit médecin n'avait pas retenu de syndrome rachidien ni de déficit neurologique, mais une IRM effectuée à deux reprises mettait en évidence une discopathie protrusive avec une contrainte probable C6-C7 gauche ; l'indication d'une intervention chirurgicale avait été discutée à plusieurs reprises, mais du fait de ses antécédents de phlébite à répétition, du traitement anti-coagulant qu'il suivait et surtout de l'amélioration clinique significative quoique incomplète, décision avait été prise de sursoir à toute intervention chirurgicale. Ledit médecin estimait qu'il était « un peu limite » que l'assuré « puisse reprendre une activité professionnelle ». 30. L'avocat de l'assuré a demandé à l'assureur de lui communiquer copie du rapport que le Dr I_____ devait avoir établi, par courriers des 31 mai et 26 juillet 2016, celui-ci comportant en outre l'invitation à lui communiquer le contrat d'assurance la liant à l'employeur ainsi que les conditions générales d'assurances (ci-après : CGA) s'appliquant à l'assuré, dans la perspective de la demande en justice qu'il allait devoir déposer. 31. Par demande en paiement dont il a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) le 26 septembre 2016, l'assuré a conclu préalablement à ce que l'assureur produise la police d'assurance et les CGA ainsi que l'avis médical du Dr I_____, et principalement à la condamnation de l'assurance à lui verser la somme de CHF 53'459.90 (442 jours x CHF 120.95), plus intérêts à 5 % l'an dès le 19 février 2016, sous réserve d'amplification. 32. L'assuré avait le droit au paiement d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail résultant d'une maladie. L'assureur s'était acquitté de 238 indemnités journalières (du 1^{er} septembre 2014 au 26 avril 2015), sans jamais communiquer de justification médicale étayée à l'appui de son refus de poursuivre le versement de ces indemnités journalières au-delà du 26 avril 2015. Son incapacité de travail perdurant, selon ce que son médecin attestait, l'assureur devait lui verser 442 indemnités journalières pour la période allant du 12 juillet 2015 au 26 septembre 2016, le cas échéant jusqu'au 5 novembre 2016 pour le cas où son incapacité de travail perdurerait jusque-là. 32. Le 22 novembre 2016, la docteure J_____ du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a émis un avis médical en faisant référence, pour le volet psychiatrique, aux rapports médicaux du Dr C_____ de mars 2015 (attestant d'une capacité de travail de

50 % dans l'ancienne activité et de 100 % dans une activité adaptée) et du 8 décembre 2014, et, pour le volet neurologique, aux avis médicaux des Drs F_____ et G_____. L'atteinte psychique ne semblait pas entraîner de répercussion sur la capacité de travail (mais le dernier rapport en possession du SMR datait du 16 décembre 2015) ; il était clair que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle ; le Dr G_____ ne se prononçant pas sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, il apparaissait recommandé de mettre en œuvre une expertise neurologique, à confier au docteur H_____, et d'inviter ledit expert à se déterminer sur l'indication formelle d'une intervention chirurgicale ; parallèlement, il y avait lieu de demander un rapport intermédiaire au Dr C_____.

33. Le 25 novembre 2016, l'assureur a envoyé à l'avocat de l'assuré le rapport d'expertise du Dr I_____ (en allemand), ainsi que les CGA du contrat perte de gain applicable à l'assuré.

34. D'après un courrier de l'assureur du 30 novembre 2016 à l'avocat de l'assuré, la demande de reprise du paiement des indemnités journalières se basait uniquement sur le diagnostic psychiatrique, les autres diagnostics n'étant pas couverts par la prolongation de couverture ayant débuté le 1^{er} février 2015 selon l'art. 7.3.3 des CGA. D'après l'expertise psychiatrique du Dr I_____, l'assuré n'avait a priori pas suivi le traitement médical ordonné, la prise de l'antidépresseur Cymbalta n'ayant pas été respectée, du moins pas régulièrement, d'après les analyses sanguines ; cette même constatation avait été faite dans le dossier de l'AI. De ladite expertise ressortait que la symptomatologie actuelle était réactionnelle à un contexte de conflits professionnels et un licenciement vécu comme une injustice, qui guérissait généralement dans les six mois. Les symptômes décrits devaient être considérés actuellement (et même depuis longtemps) comme légers à modérés. À la date de l'expertise, l'assuré était apte à reprendre progressivement son activité de chauffeur ainsi que toute autre activité en cohérence avec sa formation et son acquis professionnel, d'abord à 50 % dès le 3 mai 2016, puis à 80 % dès le 1^{er} août 2016, puis à 100 % dès le 1^{er} octobre 2016 ; cette reprise progressive aurait même été possible dès le 28 avril 2015 ou même encore plus tôt. Il persistait une incohérence entre la sévérité de la symptomatologie décrite et le traitement ordonné (thérapie mensuelle de 20 minutes et une médication, dont un antidépresseur [Cymbalta 30 mg] à un dosage qui n'avait jamais été réévalué alors que la dose standard était fixée à 60 mg). Il y avait un réel déficit de compliance de la part de l'assuré.

Bien que l'expertise ne parlait pas en faveur de l'assuré, l'assureur se disait disposé à prolonger le versement de ses prestations perte de gain du 28 avril au 12 juillet 2015 à 100 % (sous déduction des indemnités journalières versées par l'AI durant la mesure d'orientation professionnelle) et du 13 juillet au 31 juillet 2015 à 100 % ; il estimait qu'une reprise du travail de plus de 80 % aurait été possible dès le 1^{er} août 2015. Déduction faite d'un prélèvement d'impôts à la source de CHF 832.15 ayant été omis et devant être rattrapé, l'assureur offrait sans reconnaissance de responsabilité ou d'un droit à des prestations de verser encore CHF 2'474.55 à l'assuré pour la période du 28 avril au 31 juillet 2015 (sous réserve de vérification que l'assuré n'avait pas perçu de prestations de l'assurance-chômage française depuis le 28 avril 2015). Cette offre était valable jusqu'au 20 décembre 2016.

35. L'assureur a obtenu de l'OAI le dossier de l'AI de l'assuré.

36. Par courrier du 6 décembre 2016, l'assureur a fait parvenir à la CJCAS les pièces de son dossier (non compris le dossier de l'AI, à demander au besoin directement à l'OAI).

37. Des pourparlers transactionnels s'étant engagés entre les parties, l'instruction de la procédure a été suspendue, étant précisé que l'assureur a été invité à produire une traduction en français de l'expertise psychiatrique du Dr I_____.

38. À teneur d'un avis médical du 1^{er} mars 2017 de la Dre J_____ du SMR, portant sur le volet somatique du dossier, une expertise orthopédique convaincante avait été réalisée par le Dr K_____. L'assuré avait une hernie discale C6-C7 gauche avec une composante foraminale, diagnostiquée le 20 mai 2015 (atteinte ayant une répercussion sur la capacité de travail), ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, une maladie discale dégénérative L3-L4 et L4-L5 avec hernie discale foraminale L3-L4 sans refoulement radiculaire, une protrusion discale paramédiane gauche L4-L5 avec une modeste composante foraminale droite L4-L5, un kyste de Torlov en regard de S2, une apophysomégalie transverse L5 de type Castellvi ib gauche, sans conflit droit de sous-type isolé, et une tendinopathie du sus-épineux gauche. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle depuis le 20 mai 2015 et entière, depuis le 31 juillet 2015, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, consistant à n'avoir pas à soulever, porter, pousser, tirer des charges de plus de 10 kg au-dessus du plan des épaules, ni à effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne cervicale, ni à travailler en position accroupie ou agenouillée, ni à ramper, ni à grimper. Quant au rapport d'expertise psychiatrique du Dr I_____, il était en allemand ; il fallait qu'il soit traduit en français pour que le SMR puisse se prononcer à propos du volet psychiatrique.

39. Le 30 mars 2017, l'assureur a produit une traduction française du rapport d'expertise psychiatrique du Dr I_____.

40. Le 31 mai 2017, le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté, après avoir examiné l'assuré à plusieurs reprises, que celui-ci souffrait d'anxiété généralisée (F41.1), d'un trouble panique (F41.0) et d'un état dépressif moyen (F32.1). Le status était superposable à celui de janvier 2017, malgré l'augmentation du traitement antidépresseur à 60 mg par jour. L'assuré était accablé par d'importantes difficultés financières, raison pour laquelle le suivi psychiatrique (en particulier la psychothérapie) ne s'effectuait pas de façon optimale. L'assuré avait suivi de nombreux traitements psychiatriques sans amélioration clinique aucune.

41. Selon l'avis médical du 2 juin 2017 de la Dre J_____ du SMR, le Dr I_____ retenait dans son rapport d'expertise psychiatrique du 20 mai 2016 (traduit dans l'intervalle en français) que l'assuré avait eu un trouble de l'adaptation, qui était en rémission depuis fin avril 2015, et qu'il avait développé un trouble anxieux généralisé depuis fin 2015 en raison de la persistance de la symptomatologie, lié à des facteurs psychosociaux (avenir professionnel et financier). Le Dr I_____ ne relevait aucune limitation fonctionnelle psychiatrique. Les symptômes anxio-dépressifs relevés étaient légers, tout au plus moyens. La prise en charge psychiatrique était très légère (entretien de 20 minutes une fois par mois, antidépresseur à dose faible, Cymbalta 30 mg non changé depuis plusieurs mois, au surplus non pris par l'assuré eu égard au taux très faible révélé par le monitoring sanguin). Le Dr I_____ ne retenait pas de trouble de la personnalité. Il estimait qu'il n'y avait plus de raison médicale objective de retenir une incapacité de travail depuis le 28 avril 2015.

En conclusion, s'appuyant sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr I_____, estimé convaincant, le SMR retenait que l'assuré avait présenté initialement une atteinte psychiatrique non durable réactionnelle à un conflit professionnel et avait par la suite développé une anxiété généralisée liée à des facteurs non médicaux. Ces deux atteintes n'étaient pas invalidantes au sens de l'AI. Sur le plan orthopédique, le SMR indiquait pouvoir suivre les conclusions du rapport d'expertise du Dr K_____.

42. Le 14 août 2017, l'assureur a informé la CJCAS que les pourparlers transactionnels avaient échoué, si bien que l'instruction de la procédure a été reprise.

43. Par mémoire de

réponse du 20 septembre 2017, l'assureur a conclu à ce que l'assuré soit débouté de l'intégralité de ses conclusions. [endif]>[if> L'incapacité de travail de l'assuré dès le 1^{er} septembre 2015 était exclusivement due à des motifs psychiques. L'assuré avait été licencié avec effet au 31 janvier 2015. Son incapacité de travail due en raison d'une atteinte au rachis ressentie dès la mi-mai 2015 n'était pas couverte par l'assurance. Quant à son incapacité de travail pour des motifs psychiques, elle avait pris fin en mars 2015, l'assuré disposant, sur le plan psychique, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès mars 2015, selon ce que le Dr C_____ avait attesté dans des rapports à l'adresse de l'OAI et ainsi que les médecins du SMR l'avaient retenu (en particulier les docteurs M_____ le 12 juin 2015 et la Dre J_____ le 25 février 2016). En février 2015, sur la base de l'avis de son médecin-conseil, qui retenait une totale incapacité de travail dans la profession de chauffeur mais une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, l'assureur avait accordé à l'assuré un délai transitoire de deux mois pour exercer une activité adaptée, et, au vu de la contestation de l'assuré, il avait mis en œuvre une expertise psychiatrique, confiée au Dr I_____. Du rapport d'expertise de ce dernier ressortait qu'il y avait des incohérences dans les diagnostics posés par le Dr C_____, qui s'était contenté de voir l'assuré vingt minutes par mois et n'avait pas adapté le traitement par antidépresseur (prescrit à une dose représentant la moitié de la dose standard dudit médicament), alors qu'il estimait qu'il n'y avait aucune amélioration. D'après le Dr I_____, l'assuré avait été en réalité capable de reprendre progressivement toute activité (habituelle ou adaptée) dès le 28 avril 2015, voire plus tôt, d'abord à 50 %, puis au moins à 80 % après deux mois complets d'activité, puis enfin à 100 %. L'assureur était en droit de mettre un terme à ses prestations dès le 26 avril 2015. 44. Dans une réplique du 4 décembre 2017, l'assuré a persisté dans les termes de sa demande et a sollicité l'audition des Drs C_____ et L_____, en se réservant de requérir une expertise judiciaire. [endif]>[if> Les deux psychiatres qu'avait consultés l'assuré avaient posé des diagnostics sur le fondement d'un suivi thérapeutique conséquent, à savoir : - s'agissant du Dr C_____, un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) – selon les rapports médicaux dudit médecin des 26 septembre 2014, 8 décembre 2014 et 6 mars 2015 –, aggravant une anxiété généralisée (10 F41.1 – d'après ce rapport du 6 mars 2015 –, et – selon un certificat médical du 16 décembre 2015 – une personnalité anxieuse / évitante (10 F60.06), symptomatologie d'anxiété généralisée portant de multiples signes de somatisation fonctionnelle altérant les fonctions vasculaires, digestives, cognitives et le sommeil ; [endif]>[if> - s'agissant du Dr L_____, une anxiété généralisée (F41.1), trouble panique (F41.0), état dépressif moyen – d'après un certificat médical du 31 mai 2017. [endif]>[if> Comme la suite des événements l'avait démontré, il était erroné de retenir – comme le Dr I_____ l'avait fait dans son rapport du 20 mai 2016 – que l'incapacité de travail de l'assuré résultait de manière prépondérante de « son fort ressentiment à l'égard de son ancien employeur et le sentiment d'avoir été victime d'une injustice, mais aussi et surtout la peur du chômage et de subir des pertes financières ». Le Dr I_____ écartait à tort le trouble de la personnalité préexistant aux difficultés professionnelles relevé par le Dr C_____ dans son rapport du 6 décembre 2015. La situation perdurait sans que l'assuré, vu l'écoulement du délai-cadre prévu contractuellement par l'assureur, ce qui démontrait que le Dr I_____ avait mal fondé son analyse ; l'assuré ne pouvait pas, depuis lors, tirer avantage de son incapacité de travail. Le Dr I_____ avait eu une approche simpliste de la situation complexe de l'assuré, en considérant que la cause de l'incapacité de travail résultait de problèmes professionnels et pécuniaires, si bien que la résolution de cette

problématique matérielle entraînerait automatiquement la fin de l'incapacité de travail. Les conseillers du centre où l'assuré avait effectué son stage de formation octroyé par l'AI avaient noté, dans leur bilan intermédiaire du 18 juin 2015, que l'assuré était désorienté et faisait état d'hallucinations. Le pronostic que le Dr I_____ avait fait quant à une reprise possible du travail, à une date ultérieure au 17 mai 2016 (date de la visite médicale), avait été démenti par le constat qu'avaient fait les Drs C_____ et L_____ d'une persistance de l'incapacité de travail de l'assuré au-delà des dates indiquées par le Dr I_____. 45. D'après un avis médical du 21 décembre 2017 de la Dre J_____ du SMR, le rapport médical précité du 31 mai 2017 du Dr L_____ (qui lui avait été soumis dans l'intervalle) décrivait une situation superposable à celle qui prévalait au moment de l'expertise du Dr I_____. Le traitement antidépresseur prescrit était superposable à celui que l'assuré recevait au moment de l'expertise du Dr I_____, sous réserve que la dose avait été légèrement augmentée, étant rappelé que l'expertise du Dr I_____ avait mis en évidence une non-compliance de l'assuré. Selon le Dr I_____, l'assuré avait développé un trouble anxieux généralisé en raison de facteurs psychosociaux, notamment en raison d'un avenir professionnel et financier incertain, et son atteinte psychiatrique était réactionnelle à un conflit professionnel, avec des symptômes anxio-dépressifs légers ou tout au plus moyens. Le rapport précité du Dr L_____ n'apportait pas d'éléments objectifs parlant en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Le SMR confirmait les conclusions de son rapport final précité du 2 juin 2017. 46. Le 5 janvier 2018, l'OAI a établi le degré d'invalidité de l'assuré, sur la base d'un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 59'969.- (en se fondant sur l'enquête suisse sur la structure des salaires de l'année de référence, tableau TA1 pour un homme, domaine d'activité total, dans des activités simples et répétitives de niveau 1 ne nécessitant pas de formation complémentaire, et en retenant un taux d'abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré) et d'un revenu annuel brut sans invalidité réactualisé de CHF 60'947.- (établi d'après les indications fournies par l'employeur). La perte de gain subie était de CHF 978.-, représentant un taux d'invalidité de 1.60 %. 47. Par un projet de décision du 5 janvier 2018, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser tant une rente d'invalidité que des mesures professionnelles, compte tenu d'un degré d'invalidité arrondi à 2 %. Il lui reconnaissait une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle dès l'échéance du délai d'attente de un an (soit dès le 20 mai 2015), mais estimait que dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail était de 100 % « dès le mois de juillet 2015 ». 48. D'après un certificat médical du Dr L_____ du 18 janvier 2018, l'assuré avait un status superposable à ceux de janvier et mai 2017, après avoir suivi de nombreux traitements psychiatriques sans amélioration clinique aucune. Il s'agissait d'un patient tendu, au contact fuyant, en retrait, avec un faciès soucieux, ayant des tics, des manifestations neurovégétatives, la « boule au ventre », des peurs multiples, une distractibilité, une capacité de concentration amoindrie, une anxiété éprouvée et observée, une irritabilité, un isolement social, de l'apathie ; ledit médecin notait une tristesse de l'humeur, une aboulie et anhédonie, une baisse de l'élan vital. Au titre de ses limitations fonctionnelles, il relevait une adaptabilité de 0 %, une résistance psychique de 0 %, une compréhension conservée, une attention et une concentration de 0 % en raison du trouble anxieux, l'empêchant de conduire un véhicule mais aussi d'exercer toute autre activité, étant comme « paralysé » par la peur et ayant des difficultés mnésiques ou de raisonnement. Le pronostic était défavorable même dans une activité adaptée et une réadaptation impossible en raison du haut niveau de stress généré par les paroxysmes anxieux ; son

niveau d'anxiété élevé affectait le fonctionnement professionnel, touchait également les autres aspects de la vie en général, ce qui ne lui permettait pas de soutenir une quelconque activité, même adaptée. [endif]>[if> 49. Par duplique du 12 février 2018 (après obtention de l'OAI d'une version actualisée du dossier de l'AI), l'assureur a persisté dans les conclusions de son mémoire de réponse. [endif]>[if> Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations de l'AI, une expertise neurochirurgicale avait été mise en œuvre, pour des atteintes à la santé survenues après la fin des rapports de travail et donc non couvertes par l'assurance. Le rapport du SMR du 2 juin 2017 avait retenu des limitations exclusivement d'ordre somatique et relevé que le rapport d'expertise du Dr I_____ établi à la demande de l'assureur disposait d'une force probante totale ; le SMR estimait que l'assuré avait une pleine capacité de travail depuis le 31 juillet 2017. D'après le rapport du 21 décembre 2017 du SMR, le diagnostic que le Dr L_____ avait retenu dans son certificat médical du 31 mai 2017 (soit une anxiété généralisée, un trouble panique et un état dépressif moyen) décrivait un status superposable à la situation existante lors de l'expertise du Dr I_____ ; l'état de l'assuré ne s'était donc pas péjoré. Ainsi, seule l'atteinte neurologique, non couverte par l'assureur, engendrait une invalidité (de 1.60 %). Selon le projet de décision de l'OAI sur la demande de prestations de l'AI du 25 février 2015, l'assuré présentait une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle dès le 20 mai 2015 (donc après la fin des rapports de travail et de la couverture fournie par l'assurance), mais d'une pleine capacité de travail « dans son activité habituelle dès le 27 février 2015 au plus tard » (sic). L'assureur était en droit de mettre fin à ses prestations depuis le 27 février 2015 ; en versant des indemnités journalières jusqu'au 26 avril 2015, il était allé au-delà de ses obligations contractuelles. 50. Dans des observations du 16 avril 2018, l'assuré a objecté que le projet de décision de l'OAI avait fait l'objet d'observations et qu'une décision n'avait pas encore été rendue. L'appréciation faite par l'OAI de ses atteintes à sa santé psychique reposait exclusivement sur l'avis médical émis par le Dr I_____ à l'intention de l'assureur, sans même que la généraliste du SMR ayant fait sien ledit avis médical n'ait confronté son analyse avec les avis divergents des Drs C_____ et L_____. L'assuré maintenait sa demande d'audition de ces deux médecins ainsi que d'une expertise judiciaire. L'avis du Dr I_____ ne pouvait être suivi, compte tenu de l'écoulement du temps, de l'avis du Dr L_____, de la permanence de l'atteinte à la santé et de l'incapacité de travail malgré le traitement dispensé. Le Dr I_____ avait au demeurant considéré que l'assuré ne pourrait reprendre le travail avant trois ou quatre mois au moment de la rédaction de son rapport d'expertise, ce sur quoi l'assureur ne s'était pas aligné. [endif]>[if> 51. Le 17 mai 2018, la CJCAS a ordonné l'apport du dossier de l'AI. [endif]>[if> 52. Le 24 mai 2018, la CJCAS a convoqué une audience de comparution personnelle et d'audition, à titre de témoins, des Drs L_____, C_____ et I_____. Le Dr C_____ a refusé de déférer à cette convocation, en se référant à la législation française sur le secret médical, et le Dr I_____ a fait état de son indisponibilité à la date prévue. L'assureur a indiqué qu'elle serait représentée à cette audience par son avocate. La CJCAS a renoncé à l'audition du Dr C_____ et a envisagé que le Dr I_____ serait invité à se déterminer par écrit, une fois que le Dr L_____ aurait été entendu. [endif]>[if> 53. Par recommandé du 4 juin 2018, l'office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) a adressé à l'assuré une décision reprenant les termes et conclusions du projet de décision de refus d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles. [endif]>[if> 54. Le 19 juin 2018, la CJCAS a procédé à l'audition du Dr L_____ et des parties. [endif]>[if> a. Le Dr L_____ a déclaré suivre l'assuré

depuis le 17 janvier 2017, de façon occasionnelle seulement du fait que celui-ci, résidant en France, n'a pas de couverture pour les soins médicaux en Suisse, mais il avait besoin d'un suivi psychiatrique et d'une psychothérapie soutenus. Le Dr L_____ ne savait pas si l'assuré avait été suivi antérieurement par un autre psychiatre, en particulier le Dr C_____, dont il n'avait aucun rapport ; il disposait de l'avis médical du SMR du 21 décembre 2017 et du rapport d'expertise du Dr I_____ du 20 mai 2016, qu'il avait commenté dans un certificat médical du 17 janvier 2017. Il était d'accord avec le rapport d'expertise du Dr I_____, en tant que celui-ci avait retenu le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'anxiété généralisée (F41.1) depuis fin 2015, après celui – moins grave – de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) depuis l'été 2014, ce qui attestait d'une aggravation de l'état de santé psychique de l'assuré, s'étant produite depuis l'été 2015. Lui-même avait posé les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) – se manifestant par le fait que l'assuré était tendu, anxieux, avait des tics, des manifestations neurovégétatives, la « boule au ventre », des peurs multiples, sursautait au moindre bruit, avait une anxiété anticipatoire –, de trouble panique (F41.0) – faisant partie du spectre des troubles anxieux sévères – et d'état dépressif moyen (F32.1) – se manifestant par le fait que l'assuré était isolé socialement, apathique, avait perdu l'élan vital, présentait une aboulie et une anhédonie. L'assuré s'en trouvait en totale incapacité de travail dans toute activité. Le Dr L_____ s'étonnait que le Dr I_____ ait pu faire mention d'une capacité de travail retrouvée progressivement, dans toute activité, dès le 28 avril 2015, d'abord à 50 % pendant trois mois, puis à 80 % dès août 2016 et à 100 % dès octobre 2016, car, au vu du traitement médicamenteux qu'il suivait, il était impensable que l'assuré aurait pu reprendre son activité de chauffeur de bus à l'aéroport, même à temps partiel, tant à fin avril 2015 qu'en mai 2016, janvier 2017 ou même ultérieurement. Le Dr I_____ avait aussi relevé un état dépressif (selon les résultats des tests psychométriques), même si – étonnamment – il n'avait pas repris ce diagnostic dans ses conclusions. L'assuré avait eu une aggravation de son état de santé psychique à fin 2015 (admise par le Dr I_____, correspondant au passage du trouble de l'adaptation, réaction mixte, à l'anxiété générale, mais – il est vrai – pas encore en avril 2015, sinon à l'état de latence), et une autre, en août 2016, sous la forme d'attaques de panique ne répondant plus au traitement. Les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient son état d'anxiété, qui le paralysait et l'empêchait d'exercer toute activité, ainsi que des difficultés de mémoire et de raisonnement ; l'assuré s'en trouvait totalement incapable de travailler dans toute activité, déjà probablement à fin avril 2015. La question de troubles ou, dans le cas de l'assuré, plutôt de traits de la personnalité n'était pas du tout centrale. Le Dr L_____ n'avait pas connaissance du fait que l'assuré aurait « entendu des voix ou vu des choses ». !endif>![if> b. L'assureur a indiqué avoir versé des indemnités journalières de CHF 120.95 en faveur de l'assuré du 1^{er} septembre (recte : décembre) 2014 au 26 avril 2015, et lui avait fixé, le 25 février 2015, un délai de deux mois pour un retour à la vie professionnelle dans une activité adaptée (étant précisé qu'il admettait son incapacité totale de travailler dans son activité habituelle). L'assuré avait ensuite bénéficié d'une mesure de réadaptation professionnelle de l'AI, avec versement d'indemnités journalières de CHF 112.80. La demande portait sur le versement d'indemnités journalières de CHF 120.95 dès le 13 juillet 2015 jusqu'à l'échéance du droit aux dites indemnités, soit au 30 août 2016 ; il y avait renonciation à la différence de CHF 8.15 entre l'indemnité journalière respectivement de l'assureur et de l'AI du 27 avril au 12 juillet 2015. Il n'y avait pas de litige sur le fait que l'assureur n'avait pas à couvrir les suites (dont une perte de gain maladie) de problèmes de santé survenus après la fin des

rapports de travail (donc après le 31 janvier 2015). L'assuré estimait avoir été et être resté en totale incapacité de travail pour un problème psychiatrique survenu durant son engagement chez B_____ GmbH, devant être pris en charge par l'assureur. L'OAI avait, dans l'intervalle, rendu une décision reprenant les termes et conclusions de son projet précité du 5 janvier 2018, lui refusant une rente d'invalidité de même que des mesures professionnelles, décision contre laquelle l'assuré envisageait de recourir. ![/endif]>![if> c. Les parties ont indiqué qu'elles se détermineraient par le biais de plaidoiries écrites, une fois que le Dr I_____ aurait répondu par écrit aux questions qu'elles proposeraient de lui poser. ![/endif]>![if> 55. Le 26 juin 2018, l'OAI a communiqué à la CJCAS les dernières pièces de son dossier, dont la décision précitée de l'OAIE. ![/endif]>![if> 56. Le 3 juillet 2018, après avoir recueilli des parties leurs propositions de questions à adresser au Dr I_____, la CJCAS a transmis à ce dernier le procès-verbal de l'audition du Dr L_____, de même que les questions posées par les parties, et elle lui a soumis un questionnaire synthétique, en l'invitant à se déterminer par écrit. ![/endif]>![if> 57. Le 4 juillet 2018, l'assuré a formé un recours par-devant le Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée de l'OAIE lui refusant une rente d'invalidité et des mesures professionnelles. ![/endif]>![if> 58. Le Dr I_____ a adressé un rapport écrit à la CJCAS en date du 23 juillet 2018. ![/endif]>![if> Pour l'établissement de son rapport d'expertise, il n'avait pas eu de contact personnel avec le Dr C_____, mais avait pris connaissance de ses rapports médicaux figurant au dossier. Le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive mixte aurait été à retenir si l'assuré avait été examiné plus tôt, mais compte tenu du fait que sa symptomatologie psychique s'était chronicisée du fait de l'enchaînement de facteurs de stress depuis 2014 (conflits persistants avec l'employeur, licenciement considéré comme injuste et humiliant, perspectives et alternatives professionnelles incertaines, contraintes financières), il avait fallu retenir, depuis la fin de l'année 2015, le diagnostic d'un trouble anxieux généralisé (F41.1). Ce diagnostic n'impliquait pas automatiquement une maladie psychique plus sévère que celle d'un trouble de l'adaptation. Les symptômes anxieux de l'assuré lors de l'examen d'expertise n'étaient plus que légers à moyens au maximum, malgré une prise en charge psychiatrique plutôt insuffisante et une mauvaise compliance médicamenteuse. Sa symptomatologie avait été fortement influencée par des facteurs non liés à la maladie. Une reprise progressive du travail aurait été possible et indiquée selon le schéma précisé dans le rapport d'expertise, même, avec le traitement médicamenteux prescrit, dans l'activité habituelle de chauffeur ainsi que dans toute activité correspondant à l'âge et à la formation de l'assuré (soit dans des activités pratiques et simples), et ce très vraisemblablement à partir du 28 avril 2015 (eu égard à l'évolution des symptômes de l'assuré et son anamnèse). Les symptômes dépressifs légers que l'assuré avait lors de l'examen d'expertise faisaient partie de son trouble anxieux généralisé. Ils ne présentaient pas un diagnostic séparé dans le sens d'une deuxième maladie psychique d'une étiologie différente. N'ayant pas revu l'assuré depuis le 17 mai 2016, le Dr I_____ ne pouvait se prononcer sur une évaluation plus sévère que le Dr L_____ avait faite de la symptomatologie que l'assuré présentait lors de ses consultations occasionnelles chez lui depuis janvier 2017. 59. L'assuré ayant indiqué avoir besoin d'une prise de position du Dr L_____ pour le dépôt de ses plaidoiries écrites à la suite de la détermination écrite du Dr I_____, l'assureur a objecté que la procédure probatoire était close, si bien que d'éventuelles déterminations complémentaires du Dr L_____ étaient irrecevables. ![/endif]>![if> 60. Par une écriture du 28 septembre 2018, l'assuré a persisté dans ses conclusions. ![/endif]>![if> L'assureur avait fait appel aux

services du Dr I_____ sans l'avoir préalablement interpellé sur la personne dudit expert et les questions à lui soumettre. L'ayant rencontré une seule fois, le 17 mai 2016, ledit expert avait estimé qu'il serait apte à reprendre le travail quelques semaines plus tard, en s'écartant des lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance. Son avis valait allégué de partie. Le Dr L_____ avait, quant à lui, été entendu comme témoin. L'assuré avait dès lors droit au plein de ses conclusions. Subsidiairement, une expertise judiciaire devait être ordonnée. Les mesures d'instruction effectuées avaient mis en lumière que l'appréciation de l'état de santé de l'assuré faite par le Dr L_____ était plus crédible que ne l'était l'avis du Dr I_____. Ce dernier avait spéculé sur les possibilités d'une reprise de travail en se fondant sur une prétendue évolution favorable de l'état de santé peu avant l'entretien du 17 mai 2016, sans pouvoir s'appuyer, à cette fin, sur des déclarations de l'assuré, sur l'avis du Dr C_____ (qu'il n'avait pas contacté) ou sur des constatations comparatives faites personnellement. Contrairement à ce que le Dr I_____ a retenu, l'assuré n'avait pas créé un rythme journalier avec de nombreuses activités ; ses activités se limitaient principalement à manger, dormir, regarder la télévision, ruminer, ici ou là à une petite promenade et des visites irrégulières. Comme l'indiquait le Dr L_____ dans un courrier du 31 août 2018, les explications fournies par le Dr I_____ sur le diagnostic médical à retenir ne correspondaient pas aux définitions que la classification CIM-10 des troubles mentaux et des troubles du comportement donnait respectivement de l'anxiété généralisée (F41.1) et du trouble de l'adaptation (F43.2) ; il ne s'agissait pas d'une seule et même psychopathologie, mais de deux pathologies différentes, ne coïncidant pas, et il ne suffisait pas que les évènements constituant le facteur de stress causant le trouble de l'adaptation disparaissent pour que ledit trouble cesse ; une reprise du travail n'aurait pas fait cesser ledit trouble de l'assuré. Le Dr I_____ ne justifiait pas son avis que l'épisode dépressif de l'assuré ne constituait pas un deuxième diagnostic, mais était absorbé par celui d'anxiété générale. L'assuré ne se complaisait pas dans sa situation, mais souhaitait être médicalement apte à reprendre une vie normale, ne lui générant ni isolement social ni précarité financière (il vivait d'allocations de solidarité de EUR 16.- par jour). 61. Par une écriture du 28 septembre 2018, l'assureur a persisté à conclure au déboutement de l'assuré de toutes ses conclusions. L'OAI s'était rallié à l'opinion du Dr I_____, déniait toute répercussion de l'atteinte psychique de l'assuré sur la capacité de travail de ce dernier, et le Dr C_____ lui-même, qui n'avait pas même adapté le traitement de l'assuré, avait initialement retenu une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. Le Dr L_____ s'était appuyé sur un dossier incomplet et un suivi seulement occasionnel de l'assuré, mais il admettait à demi-mots qu'une reprise progressive du travail dans une activité adaptée dès la fin avril 2015 aurait été possible, ne critiquant que l'exigence émise à l'égard de l'assuré de changer de profession. Les prétentions de l'assuré étaient fondées uniquement sur les rapports médicaux de ses deux psychiatres traitants, dépourvus de force probante. L'assuré n'avait prouvé aucun fait permettant de rendre une décision qui serait en contradiction avec celle rendue par l'OAI. C'était en raison d'une atteinte au rachis, intervenue après la fin des rapports de travail, que l'assuré s'était retrouvé en incapacité de travail. EN DROIT 1. 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), la CJCAS 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.!

2. L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors), qui a cependant été abrogée au 1^{er} janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En l'occurrence, l'art. 12 des CGA prévoit qu'en cas de litige découlant du contrat d'assurance, la partie plaignante peut saisir au choix soit le tribunal de son lieu de domicile en Suisse, soit celui de son lieu de travail en Suisse, soit celui du siège de Sympany. Le demandeur ayant eu son lieu de travail dans le canton de Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande. !

3. 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 – comme c'est le cas dans le canton de Genève (art. 134 al. 1 let. c LOJ) – 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). !

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).

4. a. Comme avant l'introduction du CPC, la maxime inquisitoire sociale s'applique aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire (ATF 127 III 421 consid. 2). Le juge doit donc établir d'office les faits (art. 247 al. 2 let. a CPC), mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces ; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a). !

b. La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC ; RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 130 III 321 consid. 3.1 ; ATF 129 III 18 consid. 2.6 ; ATF 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c ; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c ; ATF 119 III 60 consid. 2c). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). c. En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En

conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1). En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). 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). En vertu de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1). d. Une expertise privée n'est pas un moyen de preuve au sens de l'art. 168 al. 1 CPC ; elle doit être assimilée aux allégués de la partie qui la produit (ATF 141 III 433 consid. 2.6 p. 437 ; 140 III 24 consid. 3.3.3 p. 29). Seules doivent être prouvées les allégations qui sont expressément contestées ; une telle contestation doit être suffisamment précise afin que l'on puisse déterminer quelles sont les allégations du demandeur qui sont contestées. En d'autres termes, la contestation doit être concrète à telle enseigne que la partie qui a allégué les faits sache quels sont ceux d'entre eux qu'il lui incombe de prouver. Le degré de la motivation d'une allégation exerce une influence sur le degré exigible de motivation d'une contestation. Plus détaillées sont certaines allégations de la partie qui a le fardeau de la preuve, plus concrètement la partie adverse doit expliquer quels sont au sein de celles-ci les éléments de fait qu'elle conteste. Le fardeau de la contestation ne saurait toutefois entraîner un renversement du fardeau de la preuve (ATF 141 III 433 consid. 2.6 p. 438 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3 août 2016). e. En présence de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical

n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Ce qui compte à cet égard, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées. En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3 p. 352 ss ; arrêt 4A_318/201 du 3 août 2016 consid. 6.1). 5.

En l'espèce, le litige porte sur le droit du demandeur à percevoir, à la charge de la défenderesse, des indemnités journalières de CHF 120.95 (montant en lui-même admis par les parties) du 13 juillet 2015 au 30 août 2016, en considération d'une perte de gain consécutive à une incapacité de travail imputable à une atteinte à la santé (en l'occurrence psychique) survenue alors que duraient ses rapports de travail chez l'employeur ayant souscrit l'assurance perte de gain maladie auprès de la défenderesse (soit avant le 1^{er} février 2015). [endif]>![if> Le demandeur n'émet, à bon droit, pas de prétentions fondées sur ses atteintes à la santé somatique s'étant manifestées et ayant entraîné une incapacité de travail postérieurement au 31 janvier 2015, donc après la cessation de ses rapports de travail avec ledit employeur. Selon l'art. 5.2 let. a CGA, la couverture de la personne assurée prend fin avec la cessation des rapports de travail avec le preneur d'assurance. La défenderesse a versé en faveur du demandeur les indemnités journalières prévues par la police d'assurance jusqu'au 26 avril 2015, soit jusqu'à l'échéance du délai de deux mois qu'elle lui avait imparti le 25 février 2015 pour mettre en valeur la pleine capacité de travail qu'elle estimait qu'il avait alors dans une activité adaptée. Pour la période du 27 avril au 12 juillet 2015, durant laquelle le demandeur a perçu des indemnités journalières de CHF 112.80 de la part de l'AI, alors qu'il était au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle accordée par l'OAI, le demandeur n'émet pas de prétention à l'encontre de la défenderesse, ainsi qu'il l'a explicitement déclaré lors de l'audience de comparution personnelle intervenue devant la chambre de céans. 6. Selon l'art. 7.1.4 phr. 1 CGA, il y a incapacité de travail lorsque, en raison d'une maladie (...), la personne assurée n'est plus en mesure, totalement ou partiellement, d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative qui peut raisonnablement être exigée d'elle. L'art. 7.1.4 CGA précise qu'il y a incapacité partielle de travail lorsque le degré de l'incapacité de travail est de 25 % au moins.![endif]>![if> L'atteinte à la santé ici discutée et seule susceptible de fonder le cas échéant la prétention émise par le demandeur est d'ordre psychique. Il s'agit de celle qui, dans le contexte de ses traits de personnalité et à la suite de tensions survenues dans ses rapports professionnels, a affecté la santé psychique du demandeur dans le courant de l'année 2014, voire vers la fin de l'année 2013, au point qu'il s'est trouvé, sur ordre de son psychiatre traitant, en arrêt de travail depuis le samedi 30 août 2014. La défenderesse a accepté de prendre en charge la perte de gain consécutive à cette atteinte à la santé, dans les limites prévues par la police d'assurance. Il n'est pas contesté que tel devait être le cas. 7. a. Sans doute la défenderesse, s'appuyant sur des considérations du rapport du Dr I _____, a-t-elle évoqué une prise en charge médicale insuffisante, en termes de prescription médicamenteuse et de compliance. En tant qu'elle cite, dans sa réponse à la demande, des dispositions des CGA sur l'obligation de la personne assurée de collaborer, elle paraît en déduire qu'elle serait (sinon aurait été) en droit de réduire, voire de refuser ses prestations. [endif]>![if> b. Selon les CGA, la personne assurée doit veiller le plus vite possible à un traitement médical

conforme et se conformer aux prescriptions du médecin (art. 8.1 let. b CGA). Elle doit entreprendre tout ce qui peut contribuer à diminuer les prestations (art. 8.2 al. 1 phr. 1 CGA). Si elle viole de manière inexcusable les obligations découlant des CGA (donc notamment des obligations précitées), les prestations d'assurance sont réduites temporairement ou durablement, voire refusées dans les cas graves. c. Or, si un résultat d'analyse de laboratoire indique, pour la duloxétine, qu'il y aurait eu absence de prise de médicaments ou une prise irrégulière de médicaments, il se fonde sur une seule prise de substance analysée, effectuée lors de l'unique entretien que le Dr I_____ a eu avec le demandeur (le 17 mai 2016), si bien qu'il n'autorise pas à généraliser une observance thérapeutique insuffisante, d'autant moins d'ailleurs qu'un autre résultat (celui de la recherche de drogues dans l'urine) a été positive aux benzodiazépines, ce qui s'expliquait par le traitement anxiolytique prescrit (rapport du Dr I_____, p. 9). Une discussion possible sur le dosage d'un médicament prescrit (cf. rapport du Dr I_____, p. 13) ne constitue par ailleurs pas la démonstration d'une prise en charge médicale défaillante. Il n'est en outre pas déterminant que, d'après ce qu'a déclaré le Dr L_____ lors de son audition, ce médecin avait fait le constat que le demandeur ne bénéficiait pas d'une prise en charge optimale sur le plan psychiatrique ; en effet, ce constat se référait à une période postérieure de plusieurs mois à la fin de celle pour laquelle le demandeur fait valoir des prétentions à l'encontre de la défenderesse, soit à l'année 2017, avant laquelle il ne l'avait pas eu à sa consultation, et il s'expliquait au surplus par la précarité financière dans laquelle le demandeur se trouvait du fait qu'il ne bénéficiait pas de ressources lui permettant d'avoir un suivi efficace chez un psychiatre. Il n'est en tout état pas établi qu'une prescription médicamenteuse à un dosage qui aurait mérité, du moins à un certain moment, d'être plus élevé, de même qu'une compliance qui aurait été insuffisante (non établie sur un espace de temps suffisant) puissent constituer une violation de surcroît inexcusable de l'obligation du demandeur de réduire le dommage, au point qu'une réduction temporaire ou durable et, a fortiori, une suppression des indemnités journalières dues au demandeur se justifieraient.

8. a. Au titre de l'obligation de réduire le dommage, il y a lieu de citer l'obligation que l'art. 8.2 al. 1 phr. 2 CGA impose à la personne assurée qui, selon toute vraisemblance, restera totalement ou partiellement incapable de travailler dans sa profession habituelle, d'exploiter sa capacité résiduelle au gain dans une autre profession ou un autre domaine d'activités et de s'inscrire à l'assurance-chômage. Dans ce cas, l'assureur invite la personne assurée, en lui impartissant un délai approprié, à adapter son activité antérieure ou à procéder à un changement de poste et de profession (art. 8.2 al. 1 phr. 3 CGA).

!endif]>![if> b. La reconversion dans une autre profession ou un autre domaine d'activités implique pour la personne devant s'y soumettre des efforts et des difficultés potentiellement considérables, ainsi que l'abandon d'une activité librement choisie susceptible de contribuer à son épanouissement. Elle ne doit être admise à la légère comme répondant à une nécessité de réduire le dommage. Elle ne saurait servir à simplement déplacer la question de la capacité de travail et de gain – et, partant, celle du versement d'indemnités journalières – du terrain concret de l'activité habituelle, connu tant par les possibilités et les difficultés de la personne assurée d'y exercer ses compétences et son expérience, sur un terrain devenant vite théorique et abstrait d'activités dites adaptées aux limitations fonctionnelles de l'intéressé. Sans doute est-ce ce que le Dr L_____ a voulu dire en déclarant qu'il n'était pas possible de sortir une activité adaptée « du chapeau » et qu'on ne peut pas « demander comme ça de tirer un trait sur une carrière » (procès-verbal d'audition, p. 4). En l'occurrence, comme argument commandant de ne pas banaliser une reconversion dans une

autre profession, force est de relever que le demandeur a subi un échec dans son stage d'orientation professionnelle et que l'OAI lui a communiqué, le 27 juillet 2015, qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible et que l'OAIE a refusé, le 4 juin 2018, non seulement une rente d'invalidité mais aussi des mesures professionnelles. c. En l'espèce, il appert que la défenderesse a opté pour une telle nécessité sans raison dûment établie et, en tout état, trop rapidement, d'une façon cachant mal une volonté de liquider un cas dans lequel l'incapacité de travail attestée médicalement était en lien bien moins avec les aptitudes du demandeur à assumer les exigences de son activité habituelle de chauffeur sur le tarmac de l'aéroport qu'avec les difficultés relationnelles s'étant développées entre lui et un supérieur hiérarchique et les effets secondaires des médicaments ayant dû lui être prescrits. Il était plus simple, mais peu compatible avec les devoirs de l'assureur, de ne pas amener la contestation sur le terrain de l'activité habituelle, autrement dit de déclarer que le demandeur était totalement incapable d'exercer cette activité, et, en revanche, de lui reconnaître une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, au demeurant indéfinie sinon par le fait que le recourant n'y retrouverait pas la même source de ses difficultés. En effet, le 25 février 2015, moins de trois mois après que l'employeur lui eut envoyé une déclaration maladie lui annonçant le cas (le 2 décembre 2014), la défenderesse a obtenu de son médecin conseil (le Dr N_____) l'avis non motivé que le demandeur était totalement incapable d'exercer son activité habituelle, mais pleinement capable d'exercer une activité adaptée, et elle a aussitôt enjoint au demandeur, âgé de près de 50 ans et disposant d'un faible niveau de formation, de se trouver un autre emploi et de s'inscrire au chômage, en l'espace de deux mois, au terme desquels les indemnités journalières ne lui seraient plus versées. Or, on ne peut qu'être frappé par le fait qu'en réalité les médecins n'ont pas soutenu cet avis. Si, sur un formulaire destiné à l'OAI, le Dr C_____ a indiqué très sommairement, le 11 mars 2015, que la capacité de travail exigible du demandeur était de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée (ce que le SMR semble s'être empressé de reprendre), il n'en a pas moins développé le point de vue, dans le même formulaire, d'une part que l'activité habituelle de chauffeur de bus à l'aéroport serait exigible à 50 % dans un environnement hiérarchique bienveillant et empathique (alors sans baisse de rendement), et d'autre part qu'une reprise de l'activité professionnelle à 50 % lui paraissait envisageable au cours de l'été 2015. Dans son rapport du 20 mai 2016, le Dr I_____ n'a pas distingué une capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ; il a estimé que le demandeur pouvait « reprendre progressivement son activité ou toute autre activité adaptée à son âge et à son niveau de formation », dès « maintenant » (donc fin mai 2016), à 50 % pour commencer, puis à 80 % dès août 2016, puis enfin à 100 % dès octobre 2016 (cf. rapport du Dr I_____, p. 13 et 16). Quant à lui, le Dr L_____ a estimé la capacité de travail du demandeur nulle dans toute activité (cf. certificat médical du 18 janvier 2018, procès-verbal d'audition, p. 3). La défenderesse est au demeurant consciente qu'il n'y avait pas lieu de faire la distinction – pour elle commode, fait-il dire avec réalisme – qu'elle a faite entre l'activité habituelle et une activité adaptée. En audience, le 19 juin 2018, son représentant a déclaré qu'en réalité elle adhérait aux conclusions du Dr I_____, mais qu'elle reconnaissait « à bien plaisir » que le demandeur avait une totale incapacité de travail dans son activité habituelle de chauffeur et lui reconnaissait en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès la fin avril 2015. Contrairement à ce qu'il a indiqué, ceci ne revient pas à « retenir une solution favorable » au demandeur, mais à esquiver le véritable débat. d. La défenderesse ne pouvait exiger du demandeur, en février 2015, qu'il change de profession, de surcroît en l'espace de

deux mois seulement. Il n'était pas établi que, comme l'exige l'art. 8.2 al. 1 phr. 2 CGA, il ne serait, selon toute vraisemblance, plus totalement ou partiellement capable de travailler dans sa profession habituelle. La question ne se pose pas moins de savoir jusqu'à quelle date le demandeur était en incapacité de travail, en principe dans son activité habituelle.

9. a. En l'espèce, il n'y a en réalité guère de divergence, entre les avis médicaux émis, concernant l'affection psychique dont le demandeur souffrait, ni d'ailleurs sur le fait qu'à partir de septembre 2014 l'atteinte à la santé considérée privait celui-ci de sa capacité de travail et que la défenderesse – comme elle l'a au demeurant admis – devait verser des indemnités journalières en sa faveur. Pendant combien de temps est la question litigieuse.

b. Des rapports des Drs C_____, I_____ et L_____ (cf. not. certificats médicaux du Dr C_____ des 26 septembre 2014, 8 décembre 2014, 11 mars 2015, 16 décembre 2015, rapport du Dr I_____ du 20 mai 2016, certificats médicaux du Dr L_____ des 31 mai 2017 et 18 janvier 2018, procès-verbal d'audition du Dr L_____ du 19 juin 2018) ressort – de façon convergente, abstraction faite de nuances guère importantes – que le demandeur présentait depuis des années une fragilité psychique, s'étant installée dans un contexte d'isolement socio-affectif et de charges familiales et financières conséquentes ainsi qu'à la défaveur de traits (mais pas de troubles) de personnalité anxieuse / évitante. Dès l'année 2014, voire la fin de l'année 2013, sa situation professionnelle s'était dégradée, dans une situation de conflit interpersonnel avec un supérieur hiérarchique ; son psychisme s'en était trouvé affecté, au point qu'il a consulté un psychiatre (le Dr C_____) dès fin avril 2014 ; son contrat de travail a été résilié le 29 août 2014 pour le 31 janvier 2015, suite à quoi sa capacité de travail a été certifiée comme étant nulle, dès le lendemain. L'affection psychique qui était alors présente, avec effet sur la capacité de travail, a été dans un premier temps un trouble de la réadaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), puis, du fait de la chronicisation de la symptomatologie, un trouble anxieux généralisé (F41.1). c. Le Dr C_____, soit le psychiatre traitant qui suivait alors le demandeur, a attesté de la totale incapacité de travail du demandeur, en raison de cette atteinte à la santé psychique, durant les mois de septembre à décembre 2014, mais aussi toute l'année 2015, réserve étant faite, d'un point de vue formel, de périodes durant lesquelles, en 2015, les arrêts de travail ont été établis par le généraliste traitant (le Dr E_____) ou les neurologues consultés (la Dre F_____ ou le Dr G_____). Il ne fait pas de doute, cependant, que le Dr C_____ considérait le demandeur comme totalement incapable de travailler pour des raisons psychiques durant l'année 2015. L'avis contraire non motivé du médecin consultant de la défenderesse (le Dr D_____), au demeurant pour une activité adaptée, est dépourvu de force probante. S'agissant de l'activité habituelle, il va, quoique sans davantage de motivation, dans le même sens que celui du Dr C_____. C'est le Dr I_____ qui a estimé que le demandeur avait recouvré (ou aurait pu recouvrer) progressivement une pleine capacité de travail dans toute activité. Ayant examiné le demandeur le 17 mai 2016, il a émis son avis sur la base du dossier mis à sa disposition (apparaissant suffisamment complet), de l'anamnèse qu'il a recueillie et des constats qu'il a effectués ce jour-là, ainsi que des résultats d'analyses de prélèvements faits le même jour, et il en a tiré une double conclusion en termes de capacité de travail retrouvée : d'une part une conclusion contemporaine, à savoir que le demandeur pouvait immédiatement (à fin mai 2016) reprendre le travail à 50 %, pour passer à 80 % dès août 2016, puis enfin à 100 % dès octobre 2016, et d'autre part une conclusion rétroactive, d'après laquelle une telle reprise progressive aurait été possible dès le 28 avril 2015 (autrement dit à 50 % dès mai 2015, puis à 80 % dès juillet 2015, puis enfin à 100 % dès

septembre 2015), ou même plus tôt. Il n'y a guère de renfort à trouver à l'avis du Dr I _____ dans le fait que le SMR, pour le volet psychiatrique de son dossier (s'étendant par définition à toute atteinte à la santé le cas échéant invalidante), a fait siens les termes et conclusions du rapport du Dr I _____, sinon que ledit rapport est apparu bien motivé et convainquant aux médecins du SMR. d. Il n'est pas contestable que, d'un point de vue formel mais aussi matériel, le rapport du Dr I _____ – quand bien même il n'a pas valeur de rapport d'expertise dans une procédure régie par le CPC – est le résultat d'une étude fouillée et sérieuse, fondée sur une anamnèse complète, un examen personnel du demandeur, des tests pertinents. N'ayant eu le demandeur à sa consultation que depuis le 17 janvier 2017 et de façon occasionnelle, n'ayant pas eu connaissance de rapports du Dr C _____ ni eu de contacts avec ce dernier, le Dr L _____, psychiatre traitant du demandeur exposé de ce fait au risque d'un parti pris en faveur de ce dernier, ne saurait être à même de renverser le crédit qu'il se justifie de donner aux constats et analyses du Dr I _____ et à la conclusion contemporaine à laquelle celui-ci est arrivé lorsqu'il a émis son avis en mai 2016 s'agissant de la capacité de travail du demandeur, ni même d'instiller un doute suffisant à leur propos. Le diagnostic de trouble anxieux généralisé qu'a retenu le Dr I _____ n'impliquait pas automatiquement que le demandeur était atteint d'une maladie psychique plus sévère que s'il avait été possible de retenir celui d'un trouble de l'adaptation, ni, surtout, que les symptômes anxieux que présentait encore le demandeur en mai 2016 n'avaient pas diminué d'intensité pour être alors légers à moyens et qu'ils s'opposaient à une reprise progressive du travail, d'abord à 50 % pendant deux mois puis à 80 % également durant deux mois et enfin à 100 %. e. La même force probante ne saurait en revanche être attribuée, à l'encontre des rapports médicaux notamment du Dr C _____, à la conclusion rétroactive à laquelle le Dr I _____ est parvenu concernant une reprise progressive de capacité de travail depuis le 28 avril 2015, soit plus d'une année avant que ledit médecin n'examine le demandeur et ne fasse les constats précités, mais huit mois après le déclenchement de l'affection psychique du demandeur et le début de sa pleine incapacité de travail elle incontestée. De l'avis même du Dr I _____, la guérison d'un trouble de l'adaptation peut requérir de six mois à – en cas de réaction dépressive prolongée – deux ans ; ceci doit valoir a fortiori pour un tel trouble ayant dû être requalifié en trouble anxieux généralisé. Il n'est donc pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le demandeur avait recouvré une capacité de travail progressive dès la fin avril 2015. Le crédit à donner à cette évaluation rétroactive est d'autant plus faible qu'elle coïncide quasiment au jour près avec le jour à partir duquel la défenderesse avait cessé de verser des indemnités journalières en faveur du demandeur et qu'elle n'émane pas d'un expert, dans la perspective d'un rapport médical devant être apprécié dans le cadre d'un contentieux régi par le CPC, mais d'un médecin mandaté par la défenderesse. f. En conclusion, il se justifie de retenir que le demandeur, en considération d'une atteinte à la santé psychique couverte par la défenderesse, s'est trouvé en incapacité de travail à 100 % jusqu'au 20 mai 2016, puis à 50 % jusqu'au 31 juillet 2016, puis à 80 % dès le 1^{er} août 2016 et enfin à 100 % dès le 1^{er} octobre 2016, étant rappelé d'une part que le demandeur émet des prétentions en versement d'indemnités journalières de la part de la défenderesse pour la période allant du 13 juillet 2015 au 30 août 2016 et d'autre part qu'à teneur de l'art. 7.1.4 CGA il n'y a pas d'incapacité de travail couverte par la défenderesse lorsque le taux d'incapacité de travail est inférieur à 25 % (donc en l'occurrence dès le 1^{er} août 2016). 10. Il s'ensuit que la demande est partiellement bien fondée. La défenderesse doit être condamnée à verser au demandeur une pleine indemnité journalière de CHF 120.95 durant les 313 jours ayant

couru du 13 juillet 2015 au 20 mai 2016, puis une indemnité journalière réduite de moitié (eu égard au taux de 50 % de sa capacité de travail durant ladite période), donc de CHF 60.50, durant les 72 jours ayant couru du 21 mai au 31 juillet 2016, à savoir CHF 42'213.35 (soit CHF 37'857.35 + CHF 4'356.-), avec intérêts à 5 % dès la date moyenne du 20 janvier 2016. !endif>!if> 11. Il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC). !endif>!if> 12. Le demandeur, représenté par un conseil, n'ayant pas conclu à l'allocation de dépens, ni dans sa demande ni dans une écriture ultérieure, il ne lui en sera pas alloué, quand bien même il obtient partiellement gain de cause (art. 105 al. 2 CPC). Il ne doit pas non plus être alloué de dépens à la défenderesse (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). !endif>!if> * * * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare la demande recevable. !endif>!if> Au fond : 2. L'admet partiellement. !endif>!if> 3. Condamne la défenderesse à verser au demandeur la somme de CHF 42'213.35, avec intérêts à 5 % dès le 20 janvier 2016. !endif>!if> 4. Dit qu'il n'est pas perçu de frais judiciaires. !endif>!if> 5. Dit qu'il n'est alloué de dépens ni au demandeur, ni à la défenderesse. !endif>!if> 6. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14), sans égard à sa valeur litigieuse (art. 74 al. 2 let. b LTF). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. !endif>!if> La greffière Marie NIERMARÉCHAL Le président Raphaël MARTIN Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) par le greffe le

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