

GE_GERICHTE A/3909/2021 vom 2. März 2023

GE Cour de justice, 2023-03-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3909_2021

FR: GE_GERICHTE A/3909/2021 du 2 mars 2023

IT: GE_GERICHTE A/3909/2021 del 2 marzo 2023

Erwägungen

E. 5

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). En règle générale, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418). Ainsi, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4 ; ATAS/700/2021 du 29 juin 2021 consid. 14 ; voir également : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs ; cf. ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a ; ATAS/856/2019 du 12 septembre 2019 consid. 6). Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Un expert psychiatre doit se voir reconnaître une certaine marge d'appréciation dans l'appréciation de l'incapacité de travail dès lors qu'une telle appréciation médicale est par essence en partie une question d'appréciation (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; ATF 130 V 352 consid. 2.2.4).

E. 6

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminant se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si le demandeur peut bénéficier d'indemnités journalières au-delà du 30 avril 2019. Ainsi, les modifications de la LCA du 19 juin 2020, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (RO 2020 4969 ;

FF 2017 4767), ne sont pas applicables au présent litige.

E. 6.1

En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladies pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires qui relèvent de la liberté contractuelle des parties hormis quelques dispositions impératives en matière d'indemnités journalières (ATF 124 V 201 consid. 3d). Étant donné que l'art. 100 al. 1 LCA renvoie à la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO, Code des obligations - RS 220) pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même, la jurisprudence en matière de contrats est applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du contrat. Les dispositions contractuelles préformulées sont en principe interprétées selon les mêmes règles que les clauses contractuelles rédigées individuellement (ATF 133 III 675 consid. 3.3). La LCA ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de sorte qu'en principe, le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties (ATF 133 III 185 consid. 2). Le droit aux prestations d'assurance se détermine donc sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.263/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a).

E. 6.2

En l'occurrence, la police d'assurance perte de gain conclue en 2016 par l'employeur auprès de la défenderesse prévoit le versement d'une indemnité journalière pour le personnel en cas de maladie, à hauteur de 90% du salaire effectif durant 730 jours par cas, le délai d'attente étant de 30 jours par cas. Selon l'édition 2014 des CGA, à laquelle renvoie la police d'assurance, on entend par maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical, ou provoque une incapacité de travail (art. 3.1 CGA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 3.4 CGA). L'assurance s'éteint pour chaque personne assurée si elle quitte le cercle des assurés ou si ses rapports de travail avec le preneur d'assurance prennent fin (art. 9.3 let. a CGA). S'agissant des personnes assurées qui, à la fin de l'assurance, sont frappées d'une incapacité de travail ou d'une incapacité de gain, le droit aux prestations pour le cas en cours est maintenu dans le cadre des dispositions contractuelles (prestation complémentaire). Le droit à la prestation complémentaire s'éteint lorsque la personne assurée recouvre sa pleine capacité de travail (art. 9.4 CGA). L'art. 9.5 des CGA précise que la prestation complémentaire selon le ch. 9.4 n'est pas applicable : si le contrat est repris par un autre assureur qui, en vertu d'un accord de libre passage, doit poursuivre les versements au titre des indemnités journalières (let. a) ; si le contrat de travail a été résilié pendant la période d'essai (let. b) ; s'il s'agissait d'un contrat de travail de durée limitée (let. c) ; en cas de rechute selon le ch. 17.2 (let. d). La personne qui quitte le cercle des assurés a le droit d'être transférée dans l'assurance indemnités journalières individuelle LCA de l'assureur dans les trois mois suivant le départ, et ce, sans examen de son état de santé. Les personnes assurées

bénéficient du même droit en cas de dissolution du contrat collectif (art. 11.1 CGA). Les personnes ayant fait l'objet du transfert ont droit à une protection d'assurance dans le cadre des prestations assurées à ce jour (art. 11.4, 1^{ère} phr., CGA). L'obligation de verser des prestations commence après écoulement du délai d'attente mentionné dans la police. Ce délai d'attente commence le premier jour de l'incapacité attestée médicalement, au plus tôt cependant 5 jours avant le début du traitement médical (art. 15.1 CGA). L'assureur verse l'indemnité journalière par cas de prestations, mais au plus pendant la durée des prestations mentionnées dans la police d'assurance, moins le délai d'attente convenu. Les jours d'incapacité de travail partielle sont considérés comme jours entiers (art. 17.1 CGA). La réapparition d'une maladie ou des suites d'un accident est considérée comme un nouveau cas de prestations du point de vue de la durée des prestations et du délai d'attente si la personne assurée n'a pas subi d'incapacité de travail ou fait l'objet d'un traitement médical du fait de cette maladie ou de ces suites d'accident durant au moins 365 jours consécutifs. En cas de rechute dans les 365 jours, le délai d'attente déjà entamé est supprimé et les indemnités journalières déjà octroyées sont prises en compte pour le calcul de la durée maximale des prestations (art. 17.2 CGA).

E. 7

![endif]>![if>

E. 7.1

En l'espèce, il est constant que le demandeur présentait des troubles psychiques incapacitants du 24 décembre 2018 au 24 mars 2019 – de même que des troubles cardiovasculaires à partir du mois de novembre 2019 – et que sur la base du rapport d'expertise psychiatrique du 23 mars 2019 du Dr E_____, concluant au retour d'une capacité de travail entière le 25 mars 2019, la défenderesse a accepté de verser des indemnités journalières du 24 décembre 2018 au 30 avril 2019, date coïncidant avec la fin du contrat de travail du demandeur. ![endif]>![if> Il n'est pas non plus contesté que faute d'avoir requis son transfert dans l'assurance individuelle pour la période postérieure à la fin des rapports de travail, le demandeur ne faisait plus partie du cercle des personnes assurées après le 30 avril 2019. Les parties s'opposent en revanche sur le point de savoir si pour le cas survenu avant la fin de la protection d'assurance (cf. art. 9.4 CGA), à savoir l'incapacité de travail due à des troubles psychiques, cette dernière a persisté au-delà du 30 avril 2019 ou a pris fin le 25 mars 2019.

E. 7.2

Il convient par conséquent d'examiner s'il existe des motifs suffisants pour considérer que le demandeur avait recouvré une capacité de travail entière dans l'activité habituelle et dans toute autre activité à partir du 25 mars 2019.![endif]>![if>

E. 7.2.1

Il ressort en synthèse du rapport du 23 mars 2019 du Dr E_____, que le demandeur a présenté, en décembre 2018, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (selon la nomenclature de la CIM-10), prenant la forme d'un épisode dépressif léger. Étant donné que ce trouble avait évolué de manière très favorable avec les soins et le temps et que les critères diagnostiques d'un épisode dépressif, même d'intensité légère, n'étaient actuellement plus réunis, la capacité de travail dans l'activité habituelle, qui avait été nulle du 24 décembre 2018 au 24 mars 2019, était entière dès le 25 mars 2019, sans diminution de rendement. ![endif]>![if> Pour le reste, le Dr E_____, ne s'en tient pas strictement aux

standards usuels d'une expertise psychiatrique réalisée selon la procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418) mais requiert, de la part du lecteur, qu'il recherche dans l'expertise les différents indicateurs (qui, en l'espèce, sont néanmoins traités de façon complète), et en fasse la synthèse lui-même. Ces remarques d'ordre formel sont également valables pour l'anamnèse qui, bien que retracée comme il se doit (cf. notamment la p. 5 du rapport), est traitée non pas sous une rubrique qui lui serait spécifiquement dédiée mais abordée dans le cadre de l'examen psychiatrique. La même remarque concerne les plaintes du demandeur (cf. p. 2 du rapport). Ceci étant précisé, il résulte de l'inventaire de tous les points pertinents, en particulier des informations qu'il y a lieu de classer sous l'indicateur « atteinte à la santé », que le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée – qui ne s'accompagne d'aucune comorbidité (trouble de la personnalité, notamment) ni d'aucun antécédent psychiatrique – a évolué très favorablement à la faveur de l'écoulement du temps et du succès du traitement prescrit (antidépresseur et suivi psychothérapeutique à raison d'une séance tous les 15 jours). Quant à l'axe « personnalité », les constatations faites, éclairées notamment par le parcours du demandeur (enfance, scolarité, formation, parcours professionnel et famille) et le status psychiatrique conduisent l'expert à retenir que les ressources du demandeur apparaissent bonnes et que celui-ci ne présente aucun trouble de la personnalité. S'agissant de l'axe « contexte social », soit la recherche d'un éventuel retentissement des troubles psychiques sur la vie sociale, les constatations de l'expert ne révèlent aucune particularité, celui-ci notant que le demandeur s'est acheté une canne à pêche (dont il ne se sert pas encore), qu'il fait de la marche trente à quarante minutes occasionnellement avec son épouse, qu'il fait aussi de la musique, occasionnellement de la batterie, participe « à l'entretien », aux courses et à la cuisine avec son épouse. Enfin, les indicateurs de la catégorie « cohérence » révèlent que l'allégation de troubles psychiques qui motiveraient subjectivement une incapacité de travail totale de trois mois ne résiste pas à l'examen de cohérence, d'une part en l'absence de séances de psychothérapie à un rythme plus soutenu (une fois par semaine au lieu d'une fois tous les 15 jours), et d'autre part en l'absence d'un retentissement des troubles invoqués sur la vie sociale, le demandeur participant à la vie de famille normalement et conduisant sans difficulté. Il s'ensuit, en synthèse, que le degré fonctionnel de l'atteinte à la santé ne se répercutait pas, au moment de l'expertise, sur la capacité de travail du demandeur dans son activité habituelle d'agent de sécurité, cette appréciation étant également corroborée par l'examen de la cohérence, que ce soit en termes d'options thérapeutiques ou d'une limitation uniforme de l'activité dans tous les domaines de la vie. Tenant compte des plaintes de l'intéressé, comportant une anamnèse détaillée, des diagnostics motivés et des conclusions claires et cohérentes à la lumière des indicateurs jurisprudentiels, le rapport d'expertise du Dr E_____ remplit en principe les réquisits permettant de lui reconnaître valeur probante. On ajoutera que bien qu'une telle expertise privée ne soit qu'une allégation de partie, elle peut néanmoins amener une preuve (in casu : la preuve des faits qui entraînent l'extinction ou la perte du droit de l'assuré ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.1) lorsque celle-ci est combinée à des indices dont l'existence est démontrée par des moyens des preuves (cf. ci-dessus : consid. 4.1). Au titre de ces indices, il sied de rappeler que dans son avis du 14 février 2022 figurant dans le dossier AI du demandeur, le SMR a estimé, après réception du dossier de la défenderesse – en particulier du rapport d'expertise du Dr E_____ – et de l'ensemble des pièces médicales, qu'il pouvait retenir une incapacité de travail entière du 24 décembre 2018 au 24 mars 2019 puis une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique. Le demandeur fait certes valoir que l'OAI n'aurait pas encore rendu

de décision à la suite de l'avis du 14 février 2022 du SMR. Cela étant, ce service n'a pas estimé que les rapports médicaux versés au dossier, incluant ceux des Drs C_____ et E_____, ne lui permettaient pas de se prononcer en l'état du dossier et justifiaient une instruction complémentaire. Le SMR s'est, au contraire, rallié aux conclusions du Dr E_____ en retenant, sur le plan psychiatrique, une incapacité de travail entière du 24 décembre 2018 au 24 mars 2019, puis une capacité de travail entière à compter du 25 mars 2019, tout en réservant l'avis de la CJCAS sur cette question dans la procédure A/3102/2020 dont il ne connaissait pas encore l'issue.

E. 7.2.2

Par l'intermédiaire de son psychiatre traitant, le Dr C_____, le demandeur conteste la fin de ses troubles psychiques, respectivement la fin de l'incapacité de travail en découlant à la date retenue par l'expert. Il fait valoir en outre que l'incapacité de travail résultant de ses troubles psychiques aurait duré au-delà du 24 mars 2019, qu'elle se serait maintenue de façon continue en 2019, 2020 et n'aurait pris fin qu'au cours de l'année 2021. Il soutient par ailleurs en substance que les troubles cardiovasculaires, ayant nécessité des hospitalisations en 2019 et 2020, seraient intimement liés aux troubles psychiques. Aussi convient-il d'examiner, dans un premier temps, si les informations recueillies auprès du Dr C_____ sont de nature à apporter une contre-preuve, soit à faire naître un doute sérieux sur la fin de l'incapacité de travail du demandeur le 24 mars 2019 au soir, au point que cette version des faits n'apparaisse plus comme étant la plus vraisemblable. Dans le cas contraire, il s'agira, dans un second temps (ci-après : consid. 8.2.2.2), d'examiner si des modifications pertinentes de l'état de fait ont eu lieu après l'expertise du Dr E_____, au point de justifier un droit aux prestations pour la période s'ouvrant le 1^{er} mai 2019. Auquel cas, le demandeur supporte le fardeau de la preuve pour l'incapacité de travail relative à cette période et cela avec le degré de la preuve stricte (cf. l'ATF 148 III 105 consid. 3.3.1 précité ; ATAS/79/2021 consid. 10.3).

E. 7.2.2.1

En ce qui concerne, tout d'abord, la question de l'extinction du droit aux indemnités journalières, fondée sur le rapport d'expertise du Dr E_____, le Dr C_____ s'est déterminé sur l'appréciation de son confrère au moyen d'un « rapport médical complémentaire » du 18 mai 2020 (pièce 17 demandeur et M8 défenderesse), dans lequel il retient, en synthèse, que le demandeur a été davantage affecté qu'il n'y paraît par son licenciement et que le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21 CIM-10) était toujours actif au moment de l'évaluation par l'expert, vu les composantes dépressives et anxieuses qu'il présentait à l'époque de l'expertise, de sorte que son état de santé ne permettait pas d'envisager une reprise immédiate d'une activité professionnelle et que son incapacité de travail était de 100%. Formuland un premier reproche, le Dr C_____ relève que l'expert se serait fondé sur un entretien d'une durée de seulement soixante minutes pour forger ses convictions. C'est le lieu de rappeler que la durée de l'examen – qui n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical –, ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré, dans un délai relativement bref (cf. entre autres, l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2018 du 12 décembre 2018 consid. 4.2 et les arrêts cités). Le Dr C_____ relève ensuite que le Dr E_____ n'a observé aucun trouble neurovégétatif, contrairement à lui. Il ne va cependant pas jusqu'à contester le fait que des manifestations de « suractivation » neurovégétative ne seraient pas apparues lors de

l'entretien avec l'expert (cf. p. 2 in fine du rapport du 18 mai 2020). Il ajoute néanmoins que ces manifestations seraient présentes dans le récit et les plaintes du demandeur, tels que l'expert les relate en p. 4 de son rapport, dans le cadre de sa recherche d'éventuelles angoisses. Il apparaît ainsi que la question d'éventuels troubles neurovégétatifs n'a pas de portée propre mais est extrapolée par le Dr C_____ à partir de plaintes connues de l'expert, dont le Dr C_____ ne tire pas un diagnostic qui serait différent de celui de son confrère (trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée), à tout le moins dans son rapport du 18 mai 2020, la divergence apparaissant au niveau de la persistance ou non d'un état dépressif au moment de l'expertise. Sur ce dernier point, l'argumentation du Dr C_____ est fondée sur les critères en faveur d'une dépression, eux-mêmes relevés par l'expert (idées de dévalorisation, diminution de l'estime de soi, fatigabilité, perte d'intérêt, diminution de l'appétit, troubles du sommeil) et les critères attestant d'éventuelles angoisses qui sont tirés des déclarations du demandeur que l'expert a reproduites dans le texte de son rapport. Par ce biais, le Dr C_____ aboutit, certes, à des conclusions qui vont dans le sens de la persistance des troubles d'un état dépressif au-delà du 24 mars 2019, mais en passant sous silence l'évolution du cas relatée par l'expert, en particulier l'absence de limitation fonctionnelle psychique ou mentale objectivable au moment – et tout au long – de l'examen par ce dernier, cet état étant étayé par une vigilance normale, de même qu'une gestuelle et un flux idéique qui ne le sont pas moins. Par ailleurs, l'expert n'a noté, ni signe visible de fatigue ou de fatigabilité, ni trouble de l'attention ou de la mémoire, ni inhibition psychique, ni ralentissement physique ou psychique, ni manque de réactivité dans la communication (cf. rapport d'expertise, p. 6-7). On constate par ailleurs que contrairement à ce qui est le cas dans le rapport d'expertise, le degré fonctionnel de l'atteinte à la santé n'a pas fait l'objet, de la part du Dr C_____, d'une analyse complète au moyen des indicateurs jurisprudentiels (ci-dessus : consid. 5). Ce médecin se limite, au contraire, à faire part de son désaccord avec un point de l'analyse tiré de l'axe « contexte social » (à savoir le fait que l'expert aurait omis de noter que le demandeur ne sortait plus avec ses amis, d'où un retrait social), respectivement un point tiré de la catégorie « cohérence », à savoir que le fait de ne consulter son psychiatre qu'une fois tous les 15 jours ne serait pas, selon lui, un argument quant à l'absence de dépression mais le signe d'une capacité intégrative limitée du patient. Ce faisant, le Dr C_____ n'explique toutefois pas en quoi les indicateurs jurisprudentiels – qu'il se contente de discuter de manière sélective – auraient dû conduire l'expert à aboutir à des conclusions différentes. À cet égard, force est d'ailleurs de constater que dans un rapport daté du 14 février 2019 (pièce 5 demandeur et M2 défenderesse), rendu un peu plus d'un mois avant l'entretien du demandeur avec l'expert, le Dr C_____ rapportait pourtant lui-même une légère diminution de l'anxiété, tout en précisant que si l'incapacité de travail, qui était en lien avec la résiliation du contrat de travail, demeurerait entière jusqu'à nouvel avis, son patient n'en souhaitait pas moins poursuivre son activité professionnelle d'agent de sécurité, celle-ci étant raisonnablement exigible auprès d'un autre employeur. Même sans indication d'une date précise de reprise, cette dernière affirmation n'en révèle pas moins que le Dr C_____ était déjà d'avis, le 14 février 2019, que l'incapacité de travail du demandeur revêtait un caractère passager car contextuel (notification d'une lettre de licenciement le 30 septembre 2018), indépendamment des troubles neurovégétatifs et du retrait social qu'il mentionnait déjà à cette époque. Au regard de ces éléments, la chambre de céans est d'avis que les critiques émises par le Dr C_____ à l'encontre du rapport d'expertise – qui ne font état d'aucun élément objectivement vérifiable et suffisamment important qui aurait été ignoré par le Dr E_____ – ne sont pas

suffisamment cohérentes et circonstanciées pour mettre en doute les conclusions claires et bien motivées du rapport d'expertise du Dr E_____, que le SMR a fait siennes dans son avis du 14 février 2022. Il s'ensuit que le demandeur échoue à rendre plus vraisemblable l'affirmation selon laquelle son incapacité de travail n'aurait pas cessé à compter du 25 mars 2019.

E. 7.2.2.2

Il convient à présent d'examiner s'il existe, le cas échéant, un droit aux prestations d'assurance, sur la base d'une modification de l'état de fait qui serait postérieure à l'expertise du Dr E_____.!endif]>![if> On rappellera tout d'abord qu'il découle des CGA que pour les personnes assurées qui, à la fin de l'assurance, sont frappées d'une incapacité de travail ou de gain, le droit aux prestations pour le cas en cours est maintenu dans le cadre des dispositions contractuelles (prestation complémentaire). Le droit à la prestation complémentaire s'éteint lorsque la personne assurée recouvre sa pleine capacité de travail (art. 9.4 CGA). Cependant, la prestation complémentaire selon l'art. 9.4 CGA n'est pas applicable en cas de rechute selon l'art. 17.2 CGA, soit en cas de réapparition d'une maladie entraînant une incapacité de travail d'au moins 25% (cf. art. 12.1 CGA). Sachant qu'il est établi, en l'espèce, que le demandeur a recouvré sa capacité de travail entière le 25 mars 2019 et que sa sortie du cercle des personnes assurées a eu lieu en même temps que la fin de son contrat de travail, soit le 30 avril 2019 au soir, le « droit à la rechute » est en pratique limité à la période comprise entre le 26 mars et le 30 avril 2019. Aussi convient-il d'examiner si postérieurement au rapport d'expertise du 23 mars 2019 du Dr E_____, une modification de l'état de fait s'est produite au cours de cette brève période. Dans son rapport du 18 mai 2020, le Dr C_____ relate l'évolution de la situation depuis l'entretien d'expertise du 19 mars 2019 en faisant tout d'abord état de son désaccord avec l'expert, s'agissant de l'évolution très favorable relatée par ce dernier (cf. rapport d'expertise, p. 6, let. B). En tant que cette prise de position se rapporte à la période jusqu'à l'expertise, elle n'est pas pertinente puisqu'elle a déjà fait l'objet d'une appréciation des preuves dans le sens retenu supra (ci-dessus : consid. 8.2.2.1). Le Dr C_____ indique ensuite que le demandeur « présente toujours une anxiété importante, une humeur triste []. Il reste très découragé face à cette situation [] ». Il ne ressort pas de cette description de symptômes, qui exprime un état pathologique stationnaire aux yeux de ce médecin, que la santé psychique du demandeur se serait aggravée entre le 26 mars et le 30 avril 2019. Cela ressort au demeurant aussi d'une brève prise de position du Dr E_____ du 31 juillet 2020 (pièce M9 défenderesse) dans laquelle ce dernier indique que, pour la période qui a suivi son appréciation de la capacité de travail du 19 mars 2019, le rapport du Dr C_____ n'apporte aucun élément nouveau du point de vue des limitations fonctionnelles. Enfin, le Dr E_____ mentionne qu'il « maintient son rapport d'examen en appréciation de la capacité de travail du 23.03.2019, tout le rapport, et seulement le rapport ». Dans ces circonstances, la preuve d'une rechute qui aurait eu lieu entre le 26 mars et le 30 avril 2019 n'a pas été rapportée. Dans son rapport du 18 mai 2020, le Dr C_____ rappelle, enfin, que le demandeur a été hospitalisé en novembre 2019, en raison d'un dysfonctionnement auriculaire gauche, et qu'en avril 2020, il a subi un arrêt cardio-respiratoire suite auquel il a bénéficié de la pose d'un pacemaker. La chambre de céans constate qu'il n'est pas nécessaire de trancher la question de savoir si, comme le Dr C_____ l'a soutenu lors de son audition du 3 mars 2022, il existerait un lien entre les problèmes psychiques et les problèmes cardiaques. En effet, il est constant qu'une incapacité de travail pour raisons cardiaques ne s'est manifestée qu'après le 30 avril 2019, soit à une époque où le demandeur

ne faisait déjà plus partie du cercle des personnes assurées auprès de la défenderesse. Aussi n'est-il pas nécessaire d'examiner plus précisément les périodes pendant lesquelles les troubles cardiaques ont été à l'origine d'une incapacité de travail, cette dernière n'étant de toute manière pas assurée.

E. 7.3

Le demandeur requiert, enfin, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il n'est toutefois pas nécessaire de donner suite à une telle mesure probatoire dès lors que les preuves produites ont permis à la chambre de céans de statuer sur le droit litigieux. Par ailleurs, sachant que, de l'avis même du Dr C_____, le trouble psychique aurait cessé courant 2021 au plus tard, rendant ainsi impossible son examen par un médecin (si ce n'est de manière rétrospective au moyen des pièces du dossier déjà discutées), l'expertise sollicitée ne serait pas de nature à modifier le résultat des preuves qu'il y a lieu de tenir pour acquis, au vu des explications qui précèdent (ci-dessus : consid. 8.2 ss) et par appréciation anticipée des preuves (ATF 138 III 374 consid. 4.3.2). !endif>!if>

E. 8

Compte tenu de ce qui précède, la demande doit donc être rejetée.!endif>!if>

E. 9

Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la défenderesse, 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]), ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC et 22 al. 3 let. b LaCC).!endif>!if> ***** PAR CES MOTIFS, LA
CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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