

GE_GERICHTE A/4554/2017 vom 26. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4554_2017

FR: GE_GERICHTE A/4554/2017 du 26 juin 2019

IT: GE_GERICHTE A/4554/2017 del 26 giugno 2019

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.06.2019
A/4554/2017

A/4554/2017 ATAS/578/2019 du 26.06.2019 (LCA) , REJETE Recours TF déposé le 16.09.2019, rendu le 31.10.2019, REJETE, 4A_424/2019 En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/4554/2017 ATAS/578/2019 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 26 juin 2019 4 ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à CHÊNE-BOUGERIES, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés demandeur contre ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA, sise Richtiplatz 1, WALLISELLEN, représentée par son service juridique et sinistres complexes Accidents Genève, avenue du Bouchet 12, GENÈVE défenderesse EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le demandeur), né le _____ 1968, a travaillé comme trader pour B_____ (Suisse) SA (ci-après l'employeuse) de 2008 à 2016. 2. L'assuré a été victime d'un infarctus du myocarde le 23 novembre 2013. 3. Le cas a été pris en charge par la Zurich Compagnie d'Assurances SA, qui lui a versé des indemnités journalières. 4. L'assuré a demandé des prestations de l'assurance-invalidité le 9 mai 2014. 5. Le 19 janvier 2015, le docteur C_____, FMH en cardiologie, a informé l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) que l'état de santé de l'assuré était stabilisé sous traitement médical et qu'il n'existait aucune restriction à reprendre une activité professionnelle sur le plan cardiovasculaire, à l'exception d'un emploi à stress intense de type salle de trading, bourse, etc. 6. Par décision du 28 septembre 2015, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré, précisant que le SMR était d'avis que son activité habituelle n'était plus exigible, mais, que comme il avait repris cette dernière le 5 janvier 2015, l'OAI devait se baser sur la réalité économique. 7. L'assuré a été licencié par son employeuse le 18 août 2016 pour le 31 octobre 2016. 8. Le 14 septembre 2016, l'employeuse de l'assuré a informé ce dernier qu'en raison de son incapacité de travail, le délai de résiliation était suspendu. 9. Le docteur D_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a indiqué, dans un rapport du 28 septembre 2016, que l'assuré était incapable de travailler à 100% dès le 18 août 2014, en raison d'un épisode dépressif moyen. Les premiers symptômes s'étaient manifestés en avril 2014. Le Dr D_____ suivait l'assuré depuis lors. Le traitement constituait en une psychothérapie une fois par semaine. 10. CSS Assurances a versé des indemnités journalières perte de gain à l'assuré jusqu'au 31 décembre 2016, puis Allianz suisse société d'assurances SA (ci-après Allianz) a repris la gestion de son dossier. Dès le 30 avril 2017 - date de l'échéance du contrat de travail compte tenu de la suspension du délai congé - les indemnités journalières ont été versées directement à l'assuré. 11. Dans un rapport du 11 juin 2017, le Dr D_____ a indiqué que la cause de l'incapacité de travail de l'assuré était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, en juillet 2016, ainsi qu'un stress aigu, puis traumatique, actuellement en rémission. L'assuré avait travaillé pendant une vingtaine

d'année dans la finance, sous stress permanent. Le 25 novembre 2013, il avait été hospitalisé pour un problème cardiaque. Il avait été en incapacité de travail à 100% jusqu'au 31 décembre 2014, puis avait été capable de travailler à 100% dès le 1^{er} janvier 2015. Il avait à nouveau été en incapacité totale de travailler depuis le 18 août 2016, à la suite d'un conflit avec son ex-employeur. Il devrait pouvoir reprendre son activité professionnelle dès le 1^{er} septembre 2017. 12. Le 5 juillet 2017, Allianz a confié une expertise médicale au docteur E_____, psychiatre et psychothérapeute FMH. 13. À teneur du rapport d'expertise du 19 juillet 2017, établi par le Dr E_____ et Madame F_____, psychologue FSP, l'assuré a été reçu pour un entretien le 18 juillet 2017. Le rapport contient un résumé des rapports médicaux du Dr D_____ ainsi qu'une anamnèse personnelle, professionnelle, sociale et médicale. Il relate les plaintes de l'assuré et leurs conséquences sur ses activités de la vie quotidienne et le ménage, ses relations, les activités nécessitant de la concentration et une éventuelle activité professionnelle. Après avoir décrit le status clinique, l'expert a posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, actuellement en rémission partielle, symptomatologie dépressive actuellement moyenne, sans syndrome somatique. D'un point de vue psychiatrique, l'expert ne retenait pas actuellement de limitations fonctionnelles aussi significatives qu'auparavant, mais un ralentissement psychomoteur modéré, des symptômes dépressifs résiduels et un risque de rechute dépressive, dans le contexte de l'absence d'un traitement antidépresseur. Un tel traitement était exigible d'un point de vue asséculo-logique avec un monitoring sanguin. Il devrait être maintenu six mois après la disparition symptomatique totale, afin de diminuer le risque de rechute. L'élément déclencheur du trouble avait été un mobbing et un licenciement vécu comme abusif. La capacité de travail clinique de l'expertisé dans son activité actuelle auprès d'un autre employeur ou du chômage était nulle jusqu'au 31 août 2017, de 50% du 1^{er} septembre au 30 septembre 2017 et de 100%, sans diminution de rendement, dès le 1^{er} octobre 2017. Étant donné le refus d'un traitement antidépresseur, le médecin-conseil pourrait considérer une reprise médico-théorique plus rapidement à 100%, par exemple dès le 1^{er} août 2017, surtout si un monitoring pour un traitement antidépresseur n'était pas reçu au début août 2017. La profession exercée était une activité adaptée du point de vue psychiatrique et le programme de reprise professionnelle suggéré devait être appliqué pour toute activité adaptée. L'assuré présentait des symptômes anxieux et dépressifs résiduels avec limitations fonctionnelles significatives, mais pas autant qu'auparavant, soit des troubles de la concentration sévères et de la tristesse, un ralentissement psychomoteur léger, des symptômes dépressifs et un risque de rechute dépressive dans le contexte de l'absence d'un traitement antidépresseur. 14. Le 27 juillet 2017, Allianz a informé l'assuré qu'elle prenait en charge l'indemnité journalière maladie consécutive à son arrêt de travail attesté dès le 18 août 2016. Si le traitement antidépresseur préconisé par l'expert n'était pas mis en place, le versement des prestations en sa faveur prendrait fin au 31 juillet 2017. 15. Le 9 août 2017, Allianz a informé l'assuré qu'elle restait dans l'attente du monitoring démontrant le suivi effectif d'un traitement antidépresseur. 16. Le 15 août 2017, la docteure G_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a indiqué à Allianz que son patient souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique et d'un THADA en évaluation. Le patient avait remarqué l'apparition progressive de manifestations de baisse de l'humeur, d'anxiété, d'agitation psychomotrice et de troubles de l'endormissement avec une fatigue importante depuis l'été 2016. Dès le début de son suivi, le 24 juillet 2017, il avait bénéficié d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré (TPPI) orienté sur la

reconnaissance et la baisse des manifestations de tension anxieuse et la prise de conscience de ses capacités et des limites physiques à accepter. L'objectif était aussi de le soutenir, de l'aider à améliorer l'image de soi et de trouver des moyens de se détendre. Un suivi médical individuel, d'orientation cognitive-comportementale, était projeté, avec une fréquence des consultations à définir. Le patient avait commencé un traitement au Cipralex, actuellement à 7 mg par jour, et prenait du Redormin. Il restait totalement incapable de travailler en raison de ses limitations cognitives (manque de concentration, dispersion de l'attention et fatigue).

17. Le 6 septembre 2017, Allianz a informé l'assuré qu'en raison du nouveau traitement qu'il avait entrepris en juillet 2017, elle prolongeait le versement de ses prestations jusqu'au 30 septembre 2017 et le cesserait dès le 1^{er} octobre 2017. 18. Allianz a transmis le 12 septembre 2017 à l'assuré un décompte de prestations dont il ressort que le montant total versé était de CHF 11'505.-, correspondant à une incapacité de travail de 100% du 1^{er} août au 31 août 2017, soit 31 jours, et que le montant de l'indemnité journalière était de CHF 371.10. 19. Le 12 septembre 2017, la Dresse G_____ a informé Allianz que depuis son dernier rapport, l'assuré avait présenté une évolution modérément favorable avec la diminution de l'anxiété et de l'état de tension psychique, une baisse des idées de culpabilité et un revirement de l'humeur. Elle observait toujours une difficulté à initier les activités prévues, l'impossibilité de rester concentré plus de dix à quinze minutes et des troubles du sommeil, qui expliquaient la fatigue résiduelle de la journée. Le patient se sentait stressé par les retards dans les réponses d'Allianz et le refus de paiement de cette dernière. Cela avait un effet négatif sur son fonctionnement, engendrant un état d'anticipation anxieuse et le maintenant dans sa difficulté à se décentrer des idées et des comportements obsessionnels. Le patient était présent avec régularité et les entretiens individuels étaient bien investis. Leur fréquence était, en moyenne, de trois à quatre fois par mois. Le lien thérapeutique était fonctionnel et le traitement psychotrope avait pu être commencé progressivement, en atteignant 10 mg par jour de Cipralex, dès le 10 septembre 2017. Allianz avait une copie des résultats du monitoring fait par le patient avec son médecin traitant, le 6 septembre. Pour le moment, la médication était bien tolérée et elle était augmentée progressivement. Le patient avait encore d'importantes limitations physiques et psychiques et avait besoin de temps pour se définir et se stabiliser, raison pour laquelle il restait en incapacité totale de reprendre une activité professionnelle soutenue. Les prémisses étaient favorables, avec l'objectif de pouvoir reprendre une vie active et indépendante au début du printemps 2018. 20. Le 19 septembre 2017, l'assuré, représenté par Assuas, a demandé à Allianz d'accorder un effet suspensif à sa décision et de continuer le versement des indemnités journalières jusqu'à droit connu sur le litige et récupération de sa pleine capacité de travail. 21. Le 19 septembre 2017 Allianz a confié une nouvelle expertise psychiatrique de l'assuré à la clinique Corela. 22. Le 21 septembre 2017, Allianz a informé l'assuré que sa réticence à reprendre une activité l'obligeait à le soumettre à une nouvelle expertise. Elle ne pouvait accorder un effet suspensif à sa position, qui n'était pas une décision découlant des dispositions applicables en matière d'assurances sociales. 23. Le 3 octobre 2017, Allianz a informé l'assuré que la clinique Corela lui avait fait part de ses observations suite à sa nouvelle évaluation médicale du 25 septembre 2017 et qu'elle retenait qu'il n'était actuellement plus en incapacité de travail. En conséquence, elle ne reprendrait pas le versement de ses prestations au 1^{er} octobre 2017. 24. Dans un rapport médical du 20 octobre 2017, la Dresse G_____ a indiqué que l'assuré restait en incapacité totale de travailler dans toute activité. Les limitations psychiques constatées étaient à intégrer dans la totalité des souffrances du patient, sachant que le début de son déclin avait été sa longue

maladie cardiaque et que le côté somatique restait encore très important dans l'évaluation. Le patient ressentait les limitations physiques et la fatigue comme un fardeau qui lui faisait perdre la confiance dans ses forces et lui donnait un douloureux constat d'infériorité. Reprendre ou non une autre activité professionnelle adaptée serait le fruit d'une évaluation plus approfondie, tant sur les plans psychique que physique. Elle ne partageait pas l'avis d'Allianz selon lequel le patient serait apte à travailler dès le 1^{er} octobre 2017 et s'étonnait que cette dernière se fonde sur des prévisions d'évolution faites plusieurs mois auparavant, sans que les médecins concernés aient réévalué le patient ni intégré la partie somatique de ses souffrances. Vu l'évolution clinique peu favorable et encore fluctuante de celui-ci et prenant en compte ses efforts, sa bonne collaboration aux soins et la réponse progressivement favorable au traitement médicamenteux, une reprise serait possible à moyen terme, mais après une réorientation de sa carrière professionnelle. 25. Le 20 octobre 2017, le docteur H_____, médecin praticien FMH, a indiqué avoir rencontré l'assuré le 30 septembre 2016 pour une explication de résultats biologiques et le 6 septembre 2017 pour la réalisation d'un nouveau bilan biologique et le renouvellement de son traitement. Le patient souffrait d'une cardiopathie ischémique depuis son infarctus de 2013. Le Dr H_____ n'avait pas lui-même fait d'arrêt de travail au patient et n'avait pas noté d'éléments, lors de la consultation du 6 septembre 2017, s'opposant à une activité professionnelle adaptée. Il n'avait toutefois pas eu à examiner l'assuré dans le cadre d'une évaluation de son aptitude au travail. 26. À teneur d'un rapport du 25 octobre 2017 établi par le docteur I_____, spécialiste en psychiatrie, de la clinique Corela, celui-ci a posé le diagnostic de troubles de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, considérant que les critères diagnostics pour un épisode dépressif n'étaient pas retrouvés. Le 25 septembre 2017, l'incapacité de travail était de 0% dans un emploi similaire à celui précédemment exercé ou dans une autre activité professionnelle correspondant aux compétences de l'assuré, compte tenu du licenciement de ce dernier. La question d'un emploi adapté ne se posait donc pas. 27. Le 13 novembre 2017, l'assuré a formé une demande en paiement contre Allianz auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il faisait valoir qu'il était atteint, depuis le 18 août 2016 dans sa santé physique et qu'il nécessitait un traitement médical qui engendrait une incapacité de travail. Il n'était pas encore apte à reprendre une quelconque activité. C'était à tort et sans droit que la défenderesse avait cessé le versement de l'indemnité perte de gain alors qu'il n'avait pas épuisé le nombre maximal d'indemnités de 730 jours. Il n'avait en effet reçu que 430 indemnités. La défenderesse aurait dû se fonder sur les rapports médicaux de ses médecins traitants et l'expert de la clinique Corela aurait dû expliquer pourquoi l'avis de ces derniers n'était pas pris en compte. L'expert avait fondé son opinion sur des prévisions faites depuis plusieurs mois concernant une possible évolution de son état de santé sans tenir compte de la partie somatique de ses souffrances. Aucune valeur probante ne pouvait être accordée à l'expertise de la clinique Corela. La décision de la défenderesse relevait de l'abus de droit. Le demandeur concluait en conséquence à ce qu'il soit ordonné à la défenderesse de reprendre le versement des indemnités perte de gain jusqu'à son rétablissement complet, avec suite de frais et dépens. Subsidiairement, il concluait à la condamnation de la défenderesse à lui verser CHF 111'330.- avec intérêts à 5% dès le 1^{er} octobre 2017 (300 jours x CHF 371.10), la défenderesse lui ayant déjà indemnisé 430 jours et la durée maximale étant de 730 jours. 28. Le 27 novembre 2017, Allianz a informé l'assuré qu'il devait déposer une nouvelle demande de prestations d'assurance-invalidité, car il devait diminuer son dommage. Il était également invité à lui communiquer les coordonnées de sa caisse-maladie selon la LAMal

afin qu'elle puisse lui demander le listing des prestations allouées. Allianz restait dans l'attente d'un monitoring démontrant le suivi effectif du traitement. 29. Les 14 décembre 2017 et 16 janvier 2018, Allianz a adressé des rappels à l'assuré. 30. Le 2 février 2018, Allianz a conclu au rejet de la demande. La persistance de l'arrêt de travail de l'assuré faisait suite à un changement de médecin. Son précédent psychiatre avait prévu une reprise de travail au début du mois de septembre 2017. Il ressortait de l'expertise du Dr E_____ qu'à défaut d'un suivi effectif d'un traitement médicamenteux par le demandeur, aucun arrêt de travail ne pouvait être accepté dès le 1^{er} août 2017. Le Dr I_____ avait constaté, le 25 septembre 2017, une absence d'arrêt de travail justifiée. Le traitement suivi par le demandeur n'avait jamais été suffisamment intense pour fonder la reconnaissance d'un arrêt de travail. Malgré la demande qui lui avait été faite de suivre un traitement, le demandeur ne l'avait pas fait ou, à tout le moins, de manière très insuffisante. En effet, le dosage sérieux effectué par le Dr I_____ mettait en exergue une présence dans le sang de substances thérapeutiques en deçà d'une quelconque efficacité thérapeutique. Malgré les demandes réitérées de fournir le monitoring sanguin, le demandeur n'avait, à ce jour, toujours pas remis les résultats d'analyse sanguine. Il lui appartenait de réduire son dommage, ce qu'il n'avait pas fait en ne suivant pas de manière scrupuleuse le traitement exigé par la défenderesse. Il s'en suivait que, même si son état de santé expliquait un arrêt de travail - ce qui était contesté - la défenderesse était en droit de refuser d'entrer en matière du fait du défaut de diligence du demandeur. Les plaintes somatiques alléguées dont l'existence n'avait pas été démontrée avant la fin de la couverture, à savoir le 30 avril 2017, les éventuels arrêts de travail qu'elles pouvaient fonder n'étaient pas assurés par le contrat conclu par l'ancien employeur du demandeur. Compte tenu des éléments ressortant du dossier, la défenderesse se posait la question de savoir si le demandeur ne devrait pas être condamné aux frais judiciaires en application de l'art. 115 CPC. 31. Le 19 février 2018, Allianz a transmis à la chambre de céans les pièces principales du dossier d'assurance-invalidité du demandeur en lien avec l'évènement du 25 novembre 2013. 32. Le 15 mars 2018, le demandeur a fait valoir que si la défenderesse avait un doute sur le bienfondé des conclusions de la première expertise médicale, elle aurait dû demander des précisions à l'expert, mais pas ordonner une nouvelle expertise. L'expertise effectuée par le Dr I_____ était incomplète et ne remplissait pas les conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître une valeur probante. Le demandeur avait entrepris toutes les mesures nécessaires pour réduire son dommage, en se soumettant à un traitement antidépresseur et à deux expertises. 33. Le 6 avril 2018, Allianz a fait valoir que l'expertise de la clinique Corela était probante. Il ressortait de l'expertise du Dr E_____ que le demandeur avait refusé tout traitement médicamenteux. Aucun monitoring n'avait, à ce jour, été transmis à la défenderesse, ni produit dans le cadre de la présente procédure. Le demandeur ne parvenait ainsi pas à démontrer qu'il avait suivi un traitement suffisant, alors que la défenderesse avait exigé qu'il s'y soumette. Il ne parvenait dès lors pas à démontrer l'existence d'un droit à des prestations après le 30 septembre 2017. C'était dès lors à juste titre que la défenderesse avait refusé de prêter après le 30 septembre 2017. En ce qui concernait l'aspect cardiaque, le demandeur n'apportait aucun élément de fait laissant supposer qu'il y aurait une aggravation par rapport à la situation qui avait prévalu pour l'évaluation du droit à l'invalidité dans les suites de l'arrêt de travail qui avait débuté en novembre 2013. Par ailleurs, cette limitation était déjà présente au début du cas d'assurance. Il s'agissait donc d'un cas déjà survenu, qui n'était pas assuré. Quant aux cervico-dorsalgies, le demandeur n'apportait aucun élément de preuve démontrant que ses plaintes seraient apparues avant la fin de la couverture, soit le 28 avril

2017, compte tenu des délais de résiliation du contrat de travail et de protection de 180 jours au maximum. Le rapport médical du Dr D_____ du 11 juin 2017 ne faisait pas mention d'une quelconque somatisation. Le demandeur alléguait être suivi par le docteur J_____, chiropraticien, depuis début octobre 2017, soit après la fin de la couverture d'assurance. Malgré les nombreux rappels qui lui avaient été adressés, il n'avait, à ce jour, pas encore déposé de demande de prestations d'assurance-invalidité. Ce défaut d'action rendrait vraisemblable qu'il n'était pas incapable de travailler, mais qu'il désirait obtenir des prestations de l'assurance perte de gain maladie jusqu'à l'épuisement du droit. En conclusion, la défenderesse persistait intégralement dans ses conclusions du 2 février 2018. À l'appui de son écriture, la défenderesse a produit : - un bilan de carrière établi le 3 février 2016 par K_____ SA ; - un rapport d'expertise établi par le docteur L_____, psychiatrie et psychothérapie FMH, le 4 décembre 2014 sur mandat de la Zurich Compagnie d'Assurances SA ; - le dossier perte de gain maladie de la Zurich Compagnie d'Assurances SA en lien avec l'évènement du 25 novembre 2013. - un rapport établi le 3 novembre 2017 par le Dr J_____ répondant à des questions formulées par le conseil du demandeur, indiquant qu'il revoyait l'assuré depuis le début du mois d'octobre 2017. Celui-ci souffrait de cervico-dorsalgies étagées associées à des céphalées de tension. En qualité de trader, sa capacité était de 0% avec un vrai danger de récurrence. Dans un autre contexte professionnel, une reprise d'activité était tout à fait envisageable. À la question de savoir si l'assuré pouvait travailler dès le 1^{er} octobre 2017, le Dr J_____ a répondu qu'après une formation/recyclage, le patient serait capable de reprendre une activité professionnelle. Le pronostic était bon dans une activité adaptée. 34. a. Lors d'une audience du 3 octobre 2018, le recourant a déclaré : « À l'heure actuelle, je suis au chômage et j'essaie de trouver un emploi. Avec mon médecin, la Dresse G_____, psychiatre, on essaie de réorienter ma carrière, car je ne peux plus faire un travail de trader, suite aux problèmes cardiologiques que j'ai eus. Je suis également suivi par le Dr C_____ pour mes problèmes cardiaques et par le Dr H_____, mon généraliste. À l'heure actuelle, mes médecins pensent que je pourrais travailler à 50%. J'ai suivi des cours et je me dirige plutôt vers l'immobilier. Je n'ai plus d'activité à 100% depuis le 18 août 2016. J'ai eu un infarctus en 2013 et j'ai repris le travail en janvier 2015. L'AI avait considéré que je devrais me réorienter vers le conseil. J'avais demandé à mon employeur d'adapter mon poste dans ce sens, mais il m'a utilisé pendant une année avant de considérer que je ne faisais plus l'affaire et il a résilié mon contrat. Pendant cette année j'étais très fatigué et j'ai continué mon activité de trader. J'ai connu un épisode dépressif suite à mon licenciement, en raison de mes problèmes cardiaques, de la pression que l'on m'avait mise pendant une année et de mon licenciement. Le psychiatre D_____ m'a suivi après mon infarctus et pendant la période pendant laquelle j'ai repris mon travail. Je le voyais une fois par semaine pour de l'hypnose et j'avais des consultations plus ou moins régulières en fonction de mon état (une à deux fois par semaine). Son suivi a duré de juin 2014 à juillet 2016. J'ai été ensuite suivi par la Dresse G_____, spécialisée dans le cognitif. L'expert E_____ a pensé que ma médication n'était pas adaptée et que je devais prendre des antidépresseurs, ce qui n'était pas ma volonté en accord avec le Dr D_____. Il m'avait proposé de prendre des antidépresseurs, mais devant mon refus, il m'a dit que l'on pouvait obtenir les mêmes résultats différemment mais que cela prendrait plus de temps. Je ne voulais pas prendre des antidépresseurs par crainte de la dépendance et des risques cardiaques. Je considérais ces médicaments comme de la drogue. Suite à l'expertise du Dr E_____, j'ai accepté de prendre des antidépresseurs avec la Dresse G_____. Elle m'a prescrit un dosage très faible au début et progressif. Cela a

duré, il me semble, de la deuxième expertise au mois de mars 2018. J'ai commencé en septembre 2017. J'ai été voir le Dr H_____ pour faire un monitoring démontrant que je prenais des antidépresseurs. Je pense que la Dresse G_____ l'a transmis à Allianz et à la chambre des assurances sociales. Au mois de mars 2018, j'ai arrêté les antidépresseurs et j'ai continué à être suivi par la Dresse G_____. La thérapie avait fait son effet et je me sentais plus apte à fonctionner sans. De plus, l'analyse cardiaque que je fais annuellement avait mis en évidence que ma capacité ventriculaire gauche était réduite, ce qui pouvait être dû aux médicaments, selon des analyses faites au Canada. Je ne suis pas certain de la corrélation, mais par précaution, j'ai préféré cesser les médicaments. J'ai contesté le fait qu'Allianz ait ordonné une seconde expertise, mais cela ne veut pas dire que j'étais d'accord avec les conclusions du Dr E_____. Je ne comprenais pas pourquoi Allianz demandait une seconde expertise. Je trouve qu'Allianz a tout fait pour mettre en doute ma démarche, alors que je ne cherchais qu'à me réinsérer. L'expert a cassé ce que j'avais bâti les mois précédents. Après discussion avec mes médecins, j'ai accepté une seconde expertise. Le second expert était étranger et ne connaissait rien à la législation suisse. Il ne m'a pas écouté. Je ne l'ai rencontré que dix minutes. Je trouve qu'on ne peut pas traiter les gens comme des numéros comme l'a fait Allianz avec moi. Je me suis retrouvé contre un mur. Je confirme que la Dresse G_____ a dû adresser à Allianz deux rapports attestant de son suivi. Je ne sais pas pour le monitoring, peut-être n'est-il jamais arrivé à Allianz mais on l'avait. Allianz ne m'a pas redemandé de faire une demande à l'OAI en 2017. Elle s'est servie de la procédure de 2014. Je n'ai pas demandé les prestations de l'AI, car j'étais au chômage. Je suis inscrit pour une activité à 100% avec des aménagements. Je pense que progressivement, à terme, je pourrai reprendre une activité à 100% à condition que je n'aie pas de stress. Mon incapacité de travail dès août 2016 était due à un mélange d'aspects psychologique et physique. J'avais des oppressions cardiaques même quand je n'étais plus au travail après le 18 août 2016. J'ai une nécrose d'une partie du coeur qui est vivable sous médication mais qui est très difficile à supporter sur le plan psychologique. Il y a un courrier du 20 octobre 2017 qui a été adressé à Allianz par le Dr H_____ évoquant le Dr C_____ qui parle de mon état sur le plan cardiologique. Je peux également transmettre le dernier rapport que j'ai reçu à ce sujet. J'ai également souffert de cervicalgies après le 18 août 2016 mais cela va mieux. Je suis suivi par un physiothérapeute. Je pense que l'on peut dire que la cause essentielle de mon incapacité de travail dès le 18 août 2016 est liée à un problème psychique. b. Le conseil du demandeur a indiqué : « Nous contestons ne pas avoir transmis de monitoring. De plus, nous avons transmis les 20 octobre et 3 novembre 2017 des rapports de la Dresse G_____ qui attestent d'un suivi psychiatrique et médicamenteux ». c. Le représentant de la défenderesse a indiqué : « après la première expertise, nous avons demandé à l'assuré de suivre un traitement, puis nous le lui avons rappelé le 9 août 2017. Malgré nos demandes répétées, il n'a pas transmis le monitoring réclamé. Je considère qu'il n'a ainsi pas été traité comme un numéro. Nous avons eu des échanges avec lui pour entrer en matière sur une prolongation de l'arrêt de travail et des prestations dans la suite des conclusions du premier expert. Comme nous n'avons pas obtenu les monitorings, nous avons demandé une seconde expertise. Le demandeur n'a pas collaboré et n'a jamais tenté de se soigner comme cela était demandé. C'est un monitoring sanguin qui était demandé. Avant la procédure, Allianz n'avait reçu que le rapport établi le 12 septembre 2017 par la Dresse G_____. D'autres pièces ont été produites avec la demande. L'assuré doit diminuer son dommage. La décision de l'AI précisait à l'assuré qu'il devait s'annoncer immédiatement en cas de nouvel arrêt de travail, ce qu'il n'a pas fait. Comme nous contestions l'arrêt de travail, ce n'était pas à nous

de lui demander de requérir les prestations de l'OAI. Je l'ai finalement fait le 16 janvier 2018 par recommandé avec copie de la formule de demande AI. Nous n'avons pas de rapport de cardiologue confirmant ses allégations s'agissant de la période d'août 2016 à avril 2017. d. Lachambre de céans a octroyé un délai au 17 octobre 2018 au demandeur pour produire son inscription au chômage et toutes pièces dans ce contexte relatives aux aménagements prévus, le monitoring sanguin effectué par le Dr H_____ et le dernier rapport de celui-ci, ainsi que celui du cardiologue d'août 2018. 35. Le 15 octobre 2018, le demandeur a transmis à la chambre de céans : - des documents relatifs à sa période de chômage, soit une décision de cours des 24 novembre 2017 (bilan de compétences bancaires du 4 au 22 décembre 2017), 1^{er} février (cours Immostart Formation immobilière du 26 février au 8 mars 2018 trois jours entiers par semaine) et 18 juillet 2018 (Futura21-Coaching Emploi cadres du 16 juillet au 16 novembre 2018 ; - un rapport établi par Dianalabs le 7 septembre 2017 sur un prélèvement du 6 septembre 2017 (monitoring sanguin) qui mentionne sous « dosage » « 9.0 » en regard de Escitalopram (Cipralax) et « inférieur au seuil de détection » en regard de Desméthyl-escitalopram. Il est précisé que la concentration sérique du desméthylescitalopram à l'état d'équilibre était de l'ordre de 30 à 100% de celle du escitalopram ; - un rapport établi par le Dr C_____ relatif à un test d'effort du 31 juillet 2018, concluant à une bonne adaptation hémodynamique avec une baisse de l'aptitude physique (-15%) par rapport à 2016, une absence d'ischémie myocardique objectivable à l'effort sous-maximal ; - un rapport d'échocardiogramme établi le 19 juillet 2018 par le docteur M_____, cardiologue FMH, concluant à une akinésie apico-septale relativement étendue. Le ventricule gauche n'était pas dilaté. Il y avait une diminution discrète à éventuellement modérée de la fonction ventriculaire gauche avec une fraction d'éjection entre 50 et 55%. Les autres cavités cardiaques ne paraissaient pas dilatées et il n'y avait pas d'épanchement péricardique ; - un rapport, établi par la Dresse G_____ le 11 octobre 2018, indiquant qu'elle dispensait à l'assuré depuis l'été 2017 un suivi psychiatrique qui s'avérait toujours nécessaire, dans un contexte de soutien et de renforcement psychologique. Le début de sa prise en soins avait été induit par l'effondrement de l'humeur expliqué par l'accumulation des situations difficiles vécues par le patient, l'aggravation de sa santé générale et les relations conflictuelles liées à la perte de son travail. L'impact de cette longue période déstabilisante était désastreux sur sa santé, induisant des complications cardio-vasculaires et la persistance du trouble dépressif et anxieux. Le patient avait beaucoup souffert d'avoir perdu son équilibre social, d'être confronté au chômage à un âge proche de la cinquantaine et de ne pas pouvoir évoluer, malgré des efforts soutenus de recherches de travail. Ses problèmes chroniques de santé et son âge qui avançait représentaient indubitablement des facteurs qui limitaient les disponibilités et les possibilités d'avancement. Le constat qu'elle pouvait tirer, après dix-huit mois d'évaluation, était que les pressions externes et les multiples entrevues avec son avocat pour préparer la procédure actuelle avaient des influences très délétères sur son humeur, expliquant la persistance de l'anxiété d'anticipation, les ruminations, les troubles du sommeil et l'épuisement. Afin de dépasser les difficultés exposées, d'améliorer et stabiliser l'effondrement de son humeur, de diminuer les troubles du sommeil et l'anxiété, le patient avait eu besoin d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré, associé à un traitement médicamenteux psychotrope de Cipralax, 10 mg par jour. Depuis l'été précédent, bien que le patient montrait un bon lien thérapeutique, faisait des efforts soutenus et restait très investi aux soins, l'évolution n'était pas totalement stabilisée sur le plan de l'humeur. Il restait vulnérable psychologiquement et

avait ressenti dans les dernières semaines, une nouvelle aggravation des symptômes dépressifs. Elle soutenait vivement son patient dans ses démarches pour faire reconnaître ses souffrances et alléger les charges qui lui étaient désignées, afin qu'il retrouve la sérénité, la santé et les forces pour oser rebondir dans la vie. 36. Le 23 novembre 2018, la défenderesse a pris acte de la production du bilan sanguin du 6 septembre 2017 et relevé qu'il ne correspondait pas au monitoring sanguin exigé. En effet, par définition, un monitoring sanguin, mis en place pour vérifier la prise d'un médicament, devait se faire sur toute la période du traitement. Elle transmettait à la chambre de céans copie de deux articles publiés dans la Revue médicale suisse abordant ce sujet. Elle relevait que les traces de substance thérapeutique correspondaient à une dose infra-thérapeutique. Les pièces produites par le demandeur le 15 octobre 2018 démontraient que, contrairement à ce qu'il avait indiqué le 4 août 2017, un monitoring n'avait pas été engagé. Il échouait donc à démontrer qu'il suivait un traitement à fin juillet 2017 et qu'il pouvait, par conséquent, prétendre à des prestations fondées sur un arrêt de travail pour maladie dès août 2017, respectivement après le 30 septembre 2017. Cela étant, le demandeur ne parvenait pas à démontrer qu'il aurait été, sans interruption, en arrêt de travail après la fin de ses rapports de travail, étant rappelé qu'il avait été licencié le 18 août 2016 pour les 31 octobre 2016, même si le délai précité avait été suspendu en fonction des dispositions topiques du droit du travail. Il ne pouvait donc prétendre à des prestations subséquentes en application des art. 8 et 9 des conditions générales. Les arrêts de travail, allégués au cours de la période durant laquelle le demandeur bénéficiait encore d'une couverture auprès de la défenderesse, se justifiaient uniquement par une atteinte à la santé psychique. Il avait d'ailleurs admis le 3 octobre 2018 que l'arrêt de travail allégué était essentiellement lié à une telle atteinte. Il avait fait par la suite état de troubles somatiques (cervico-dorsalgies, céphalées de tension) dont l'existence n'avait pas été démontrée et qui seraient apparus postérieurement à la fin de la couverture d'assurance, survenue le 30 avril 2017. S'agissant de la cardiopathie ischémique présente depuis 2013, les pièces produites par le demandeur n'apportaient aucun indice tendant à démontrer que celle-ci justifierait un arrêt de travail et que l'état constaté constituerait une aggravation propre à justifier un arrêt de travail survenu au cours d'une période durant laquelle le demandeur bénéficiait d'une couverture de perte de gain maladie auprès de la défenderesse, soit avant le 30 avril 2017. En effet, les tests d'effort produits avaient été effectués le 31 juillet 2018, plus d'une année après la fin de la couverture d'assurance perte de gain maladie auprès de la défenderesse. De plus, à la lecture du dossier AI du demandeur, plus particulièrement du rapport du service de cardiologie des HUG du 14 avril 2014, la fraction d'éjection ventriculaire gauche était déjà de 50%. Il n'y avait donc aucune aggravation de l'état du demandeur. Il fallait rappeler que le Dr C. _____ n'avait jamais établi d'arrêt de travail au cours de la période litigieuse. Selon le dossier AI et le dossier perte de gain maladie de Zurich assurances, cette dernière atteinte ne justifiait pas d'arrêt de travail en 2014. Le demandeur n'ayant pas fait la demande de prestations de l'assurance-invalidité, la surindemnisation devait lui être opposée. En conclusion, la défenderesse confirmait intégralement ses conclusions du 2 février 2018. 37. Le 7 décembre 2018, le demandeur a précisé, concernant le monitoring sanguin, qu'Allianz remettait en cause sans fondement une pièce médicale valable. Le monitoring démontrait un suivi sanguin dès le 16 septembre 2016 et qu'il s'était soumis à la demande de l'assureur de suivre un traitement. S'agissant des autres atteintes à la santé, la Dresse G. _____ avait attesté, par rapport du 20 octobre 2017, qu'il souffrait d'un trouble dépressif et que sa capacité de travail était nulle dans toute activité au-delà le 1^{er} octobre 2017. Le 20 octobre

2017, le Dr H_____ avait indiqué qu'il souffrait d'un point de vue somatique de cardiopathie ischémique depuis son infarctus de 2013, qu'il n'était pas apte à exercer son activité habituelle, mais éventuellement une activité adaptée à ses limitations à long terme. Un troisième rapport médical du 3 novembre 2017 établi par le Dr J_____ attestait que sa capacité de travail était de 0% et qu'une reprise de son activité habituelle pourrait s'avérer dangereuse. En conséquence, le demandeur persistait dans les conclusions de sa demande visant à ordonner à la défenderesse de reprendre le versement des indemnités perte de gain jusqu'à son rétablissement complet. 38. Le 24 mai 2019, la chambre de céans a demandé au demandeur de lui transmettre son inscription au chômage, notamment. 39. Le demandeur a transmis cette dernière à la chambre de céans le 3 juin 2019. Il en ressort qu'il s'est inscrit au chômage le 23 octobre 2017 pour un placement à 100% dès le 1^{er} novembre 2017. Le demandeur a également transmis des « Attestation MMT » dont il ressort qu'il a suivi, en septembre et novembre 2018, un coaching « Emploi cadre » par Futura 21 et qu'en décembre 2018, il a fait un bilan de compétence auprès de l'Institut Supérieur Bancaire. Il a obtenu, le 6 mai 2019, l'examen USPI Formation pour la session de janvier à avril 2019 (certificat de collaborateur qualifié de l'Union suisse des professionnels de l'immobilier).

40. Sur ce, la cause a été gardée à juger. 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 chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1). Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA. La chambre de céans est compétente à raison de la matière pour juger du cas d'espèce. 2. L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a 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 une personne morale, le for est celui de son 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. 33 ch. 2 des conditions générales d'assurance (CGA), Couverture collective d'une indemnité journalière maladie selon la LCA prévoit qu'en cas de contestations, le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux du siège de l'assureur. Si le preneur d'assurance ou l'ayant droit est domicilié à l'étranger, le siège de l'assureur est le for exclusif. Le demandeur ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande. 3. Selon l'art. 46 al. 1 LCA, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation. En l'espèce, le demandeur a fait valoir ses droits par sa demande de reprise des versements d'indemnités journalières perte de gain du 19 septembre 2017 et a ainsi agi dans le délai requis. 4. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ). 5. Le litige porte sur le droit du demandeur à des indemnités journalières pendant la durée maximale du droit à l'indemnité (730 jours) ou jusqu'à son rétablissement complet. 6. Selon la police d'assurance liant l'employeuse du demandeur à la défenderesse, la couverture d'assurance perte de gain maladie prévoit le

versement d'une indemnité journalière en cas de maladie à hauteur de 80% du salaire assuré durant 730 jours, avec un délai d'attente de 60 jours par incapacité. 7. Selon l'art. 8 ch. 1 let. c des conditions générales pour l'assurance maladie collective, la couverture d'assurance de chaque assuré prend fin, pour toutes les prestations assurées pour lui, à la cessation des rapports de travail. 8. 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) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. 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). 9. Selon l'art. 8 CC, le demandeur doit prouver les faits qui fondent sa prétention, tandis que sa partie adverse doit prouver les faits qui entraînent l'extinction ou la perte du droit. Ces principes, qui sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance, impliquent qu'il incombe à l'ayant droit d'alléguer et de prouver notamment la survenance du sinistre (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Cette preuve étant par nature difficile à apporter, l'exigence de preuve est réduite et il suffit que l'ayant droit établisse une vraisemblance prépondérante (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). L'art. 8 CC donne à l'assureur le droit à la contre-preuve et il peut donc apporter des éléments propres à créer un doute et à ébranler la vraisemblance que l'ayant droit s'efforce d'établir. 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_525/2010 du 4 janvier 2011 consid. 2.2). En vertu de l'art. 150 al. 1 CPC, 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. Une telle contestation doit être suffisamment précise pour atteindre son but, c'est-à-dire permettre à la partie adverse de comprendre quels allégués il lui incombe de prouver. Le degré de précision d'une allégation influe sur le degré de motivation que doit revêtir sa contestation. Plus les affirmations d'une partie sont détaillées, plus élevées sont les exigences quant à la précision de leur contestation. Une réfutation en bloc ne suffit pas. Le fardeau de la contestation ne saurait toutefois entraîner un renversement du fardeau de la preuve (ATF 141 III 433 consid. 2.6 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 4A_42/2017 consid. 3.3.2). 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 revanche, l'art. 8 CC ne régit pas l'appréciation des preuves, de sorte qu'il ne prescrit pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être

ordonnées (ATF 127 III 519 consid. 2a), ni ne dicte au juge comment forger sa conviction (ATF 128 III 22 consid. 2d; 127 III 248 consid. 3a, consid. 2a); cette disposition n'exclut pas non plus que le juge puisse, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3; 129 III 18 consid. 2.6). Le principe de la libre appréciation des preuves est ancré à l'art. 157 CPC, qui dispose que le tribunal établit sa conviction par une libre appréciation des preuves administrées. Malgré ce qui précède, l'art. 168 al. 1 CPC énumère les moyens de preuve admissibles : il s'agit du témoignage, des titres, de l'inspection, de l'expertise, des renseignements écrits, de l'interrogatoire et de la déposition de partie. Cette énumération est exhaustive, le droit de la procédure civile institue ainsi un *numerus clausus* des moyens de preuve. Cela semble à première vue contredire les principes fondamentaux que sont le droit à la preuve et sa libre appréciation, mais la sécurité et l'équité requièrent que la loi détermine clairement quand et par quel moyen la preuve peut être rapportée (Message du Conseil fédéral relatif au code de procédure civile suisse du 28 juin 2006, FF 2006 I p. 6929). L'expertise en tant que moyen de preuve admis au sens de l'art. 168 al. 1 let. d CPC ne vise que l'expertise judiciaire au sens de l'art 183 al. 1 CPC. Une expertise privée n'est en revanche pas un moyen de preuve mais une simple allégation de partie (ATF 141 III 433 consid. 2.5.2 et 2.5.3). Du point de vue probatoire, un rapport médical est une simple expertise privée qui n'est selon la jurisprudence pas un moyen de preuve mais une simple allégation (ATF 140 III 24 consid. 3.3.3 : ATF 132 III 83 consid. 3.4). Les allégations précises de l'expertise privée - contestées de manière globale - peuvent apporter la preuve de leur véracité si elles sont appuyées par des indices objectifs (arrêt du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 3.1 et 3.2). Si elles ne sont pas corroborées par de tels indices, elles ne peuvent être considérées comme prouvées en tant qu'allégations contestées (arrêt du Tribunal fédéral 4A_626/2015 du 24 mai 2016 consid. 2.5). Les mêmes principes s'appliquent mutatis mutandis aux allégations précises résultant du rapport d'un médecin traitant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_42/2017 du 29 janvier 2018 consid. 3.3.3). 10. En l'espèce, le demandeur fait valoir qu'il était toujours en incapacité de travail totale dès le 1^{er} octobre 2017, en se fondant, en particulier, sur les rapports établis par la Dresse G_____ les 15 août, 12 septembre et 20 octobre 2017, qui attestent d'une telle incapacité de travail. L'appréciation de la capacité de travail par la Dresse G_____ est remise en cause par celle du psychiatre traitant précédent du demandeur, le Dr D_____, qui a indiqué, le 11 juin 2017, que le trouble dépressif de celui-ci était en rémission et qu'il devrait pouvoir reprendre son activité professionnelle dès le 1^{er} septembre 2017. Cette appréciation a une certaine force probante, car le Dr D_____ avait une bonne connaissance de la situation du demandeur, puisqu'il le suivait depuis avril 2014, alors que la Dresse G_____ a entamé son suivi le 24 juillet 2017. L'appréciation de la capacité de travail par le Dr D_____ est renforcée par celle du Dr H_____, qui n'avait pas noté d'éléments qui s'opposaient à une activité professionnelle adaptée lors de sa consultation avec l'assuré du 6 septembre 2017. Le bref rapport établi le 3 novembre 2017 par le Dr J_____ ne remet pas sérieusement en cause la capacité de travail du demandeur dès le 1^{er} octobre 2017, puisqu'il indique qu'une activité dans un autre contexte professionnel était tout à fait envisageable dès le 1^{er} octobre 2017, après une formation/recyclage. S'agissant du rapport établi par la Dresse G_____ du 11 octobre 2018, il ne suffit pas non plus à établir une incapacité de travail du demandeur dès octobre 2017, son contenu n'attestant pas de manière claire une telle incapacité de travail, mais plutôt d'un soutien à la démarche du patient. Les rapports des Drs M_____ et

C_____ des 19 et 31 juillet 2018 n'attestent pas non plus d'une incapacité de travail totale du demandeur dès octobre 2017. Le rapport du Dr I_____ doit être écarté, car les expertises émanant des médecins de la clinique Corela ont, de manière générale, peu de valeur probante, suite aux constats faits sur le fonctionnement de cette dernière ayant conduit à un retrait de l'autorisation d'exploitation temporaire (arrêt du Tribunal fédéral 2C_32/2017 du 22 décembre 2017; ATF 144 V 258). La demanderesse avait ordonné cette expertise à la clinique Corela, suite à une première expertise confiée au Dr E_____, « en raison de la réticence de l'assuré à reprendre une activité ». Les parties n'avaient toutefois émis aucune critique spécifique contre l'expertise du Dr E_____. Celle-ci émane d'un médecin neutre, a été réalisée sur la base du dossier médical du demandeur et sur un entretien avec celui-ci, elle contient une anamnèse complète et relate les plaintes de l'assuré et ses conclusions sont convaincantes. Elle appuie sérieusement la position de la défenderesse, à savoir que le demandeur était capable de travailler à 100% dès octobre 2017. Enfin, le demandeur s'est inscrit au chômage pour une activité à 100% le 23 octobre 2017 et a suivi, dans ce cadre, des formations dès le mois suivant, ce qui entre en contradiction avec ses prétentions, puisque dans sa demande du 13 novembre 2017, il alléguait ne pas être encore apte à une quelconque activité. Au vu de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce et des rapports médicaux, l'on ne peut pas retenir comme établi que le demandeur était encore incapable de travailler au-delà du 1^{er} octobre 2017.

11. Infondée, la demande en paiement doit être rejetée. 12. La procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare la demande recevable. Au fond : 2. La rejette. 3. Dit que la procédure est gratuite. 4. 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. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Catherine TAPPONNIER 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.