
EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1979, a travaillé dès le 4 mars 2013 en tant que monteur sanitaire au service de C_____ SA (ci-après l'employeur). À ce titre, il bénéficiait auprès de Philos assurance maladie SA (ci-après la caisse) d'une assurance collective perte de gain maladie soumise à loi fédérale sur l'assurance-maladie et aux conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière (BE), édition 01.01.2011 (ci-après CGA).
2. L'assuré a été en incapacité de travail totale dès le 17 juillet 2014 et la caisse a pris en charge le cas.
3. À la demande de la caisse, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin conseil, a examiné l'assuré. Par rapport du 14 novembre 2014, il a relevé que l'assuré avait subi en novembre 2011 une opération majeure consistant en un rétrécissement du tube digestif (by-pass gastrique). Grâce à ce traitement, l'assuré avait perdu 75 kg et avait été en incapacité de travail pendant seize mois, jusqu'en mars 2013. L'incapacité de travail dès le 17 juillet 2014 était due à une reprise de la chirurgie plastique abdominale effectuée le 15 août 2014. Les suites avaient été simples, mais les cicatrices devaient être surveillées en raison d'une certaine fragilité à l'effort. L'assuré étant installateur sanitaire, il était contre-indiqué qu'il porte des charges lourdes et qu'il fasse des efforts contraignants, ce jusqu'au 31 décembre 2014. Début janvier 2015, la reprise de travail allait être très probablement totale.
4. Le 26 novembre 2014, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 31 janvier 2015. Le terme du contrat a ensuite été prolongé jusqu'au 28 février 2015.
5. Le 14 janvier 2015, la caisse a informé l'assuré que lors d'un entretien téléphonique entre le Dr D_____ et le docteur E_____, spécialiste FMH en pédiatrie et médecin traitant, il avait été convenu qu'une reprise totale de son activité lucrative devait intervenir au plus tard le 15 février 2015. L'assureur allait ainsi mettre un terme au versement des indemnités journalières au 14 février 2015. Dans ce contexte, un simple certificat ne pouvait justifier une éventuelle poursuite de l'incapacité de travail au-delà de cette échéance et seul un rapport détaillé serait pris en compte par le médecin conseil pour examiner le bien-fondé d'une prolongation.
6. Le 20 février 2015, le Dr E_____ a attesté que l'assuré était à nouveau en incapacité de travail totale dès le 16 février 2015.
7. Le 24 février 2015, l'assuré a expliqué à la caisse que lors de son retour au travail le lundi 16 février 2015, il avait demandé à son patron de lui accorder ce jour-là un congé afin de signer le bail de son nouvel appartement et déménager. Son patron l'avait alors insulté devant le personnel de l'entreprise et lui avait demandé de quitter les lieux. Dans la soirée, il s'était rendu à la permanence psychiatrique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG) et il avait reçu des tranquillisants. L'assuré a ajouté qu'il ne retournerait pas chez son employeur, qu'il

n'était pas en état de chercher du travail et qu'il allait vraisemblablement s'inscrire au chômage.

8. Le 27 février 2015, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré était en arrêt de travail en raison d'une dépression consécutive à du mobbing professionnel et à des maltraitements verbales.
9. Dès le 1^{er} mars 2015, l'assuré a été transféré dans l'assurance individuelle d'indemnités journalières pour maladie soumise également à la loi fédérale sur l'assurance-maladie et aux CGA (police n° 790284 – PH).
10. À la demande de la caisse, par rapport du 3 mars 2015, le Dr E_____ a expliqué avoir dû remettre l'assuré en arrêt de travail. En effet, lors de la reprise de son travail le 16 février 2015, l'assuré avait été agressé verbalement par son patron. Ce dernier avait eu une attitude intolérable et scandaleuse à son égard. L'assuré avait fait un « *breakdown* » complet avec un état dépressif important et ce qu'il avait subi ces dernières années (son opération, sa perte de poids, un divorce, etc.) n'avait rien arrangé. Il était actuellement sous tranquillisants et antidépresseurs.
11. Par décision du 18 mars 2015, la caisse a refusé de verser des indemnités journalières au-delà du 15 février 2015 au motif que l'arrêt de travail de l'assuré était dû essentiellement à son environnement professionnel. En l'absence de ce facteur non médical, l'assuré était totalement apte à travailler.
12. Le 14 avril 2015, l'assuré a contesté cette décision, faisant valoir que son incapacité de travail dès le 16 février 2015 n'était pas liée à son abdomino-plastie, mais était due à une nouvelle atteinte. Il avait été victime d'insultes et de harcèlement de la part de son directeur et le Dr E_____ avait attesté qu'il présentait un état dépressif important. Il suivait un traitement psychiatrique auprès de la doctoresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle avait immédiatement prolongé son incapacité de travail.
13. Par certificats des 2 et 21 avril 2015, la Dre F_____ a attesté une incapacité de travail totale du 1^{er} avril au 31 mai 2015.
14. Le 30 avril 2015, la caisse a informé l'assuré de la mise en œuvre d'une expertise auprès de la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
15. Les 7 et 15 mai 2015, la Dre F_____ a certifié que l'assuré, qu'elle suivait depuis le 2 avril 2015, souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.11). L'assuré présentait un nouvel épisode thymique dans un contexte de difficultés professionnelles (licenciement), conjugales (divorce en cours) et d'ordre médical (chirurgie bariatrique pour faire face à une obésité morbide). Il se plaignait d'un état de tristesse, d'anxiété, d'asthénie, d'anhédonie, de culpabilité, d'un manque de confiance, d'une mauvaise image de lui, d'insomnies, de troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire. Le traitement consistait en un suivi psychiatrique intégré sous la forme d'une médication psychopharmacologique (fluoxétine® et temesta®) et d'un suivi auprès de Madame H_____,

psychothérapeute FSP. L'évolution clinique tendait à être favorable et une reprise progressive des activités professionnelles pouvait être envisagée dès le mois de juin 2015.

16. Par rapport du 4 juin 2015, la Dresse G_____ a, suite à l'examen de l'assuré réalisé le 11 mai 2015 et à un entretien téléphonique avec la Dresse F_____, conclu qu'il ne présentait aucun diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur sa capacité de travail. Il souffrait d'une blessure narcissique (F43.28), sans répercussion sur sa capacité de travail.

L'assuré se plaignait d'une frustration de n'avoir pas pu mettre à profit ses qualifications professionnelles dans le cadre de son travail, de l'impression de ne pas être reconnu dans ses efforts professionnels et d'une timidité génératrice d'angoisses. Il mettait en corrélation sa souffrance psychiatrique avec un cumul de difficultés survenues en été 2014, soit la séparation de son épouse avec qui il avait eu trois enfants, le stress lié aux examens en vue d'acquérir un brevet fédéral en octobre 2014 et le fait que son employeur n'avait pas accédé à ses demandes de travailler dans des bureaux. Ces souffrances l'avaient amené à débiter une prise en charge psychiatrique. L'évolution était décrite comme globalement bonne, avec une réponse à la prescription d'un traitement antidépresseur.

L'assuré a expliqué que le 16 février 2015, suite aux insultes proférées par son employeur, il s'était senti désemparé. Il avait bu de l'alcool et avait tenté de s'alimenter pour se soulager, mais avait renvoyé toute l'alimentation ingérée. Un ami l'avait trouvé alcoolisé dans un parc public et l'avait accompagné aux urgences des HUG.

Au status, l'expert a noté que l'assuré n'avait pas de trouble du cours de la pensée et les signes anxieux se limitaient à des préoccupations en lien avec ses difficultés et à la perception de l'avenir, sans que ceux-ci ne prennent un caractère pathologique. S'agissant des signes de la lignée dépressive, la psychomotricité était calme sans être ralentie et la thymie, globalement neutre, était peu expressive. L'appétit était décrit comme bon au départ, soumis aux contraintes du by-pass. Le sommeil faisait l'objet d'un endormissement rapide, mais des réveils nocturnes pouvaient survenir sur des préoccupations face à l'avenir. Il n'y avait ni trouble de l'attention, ni trouble de la concentration. L'assuré ne montrait ni anhédonie, ni aboulie. Sans se sentir coupable, il se préoccupait toutefois pour ses enfants, se demandant notamment s'il était un bon père. Il n'avait jamais eu d'idéations suicidaires et aucun signe de fatigabilité n'était objectivé. L'expert a relevé que l'assuré menait une vie quotidienne tout à fait harmonieuse : il prenait en charge l'éducation de ses enfants, travaillait à domicile en préparant ses examens pour le mois d'octobre 2015, s'occupait de son ménage et menait une vie sociale bien remplie.

L'expert a estimé que le fonctionnement de la personnalité de l'assuré était celui d'un individu peu enclin à prendre ses responsabilités, appréciant qu'autrui les assume à sa place. Il attendait une grande empathie de la part de son entourage

(notamment de son employeur), sans forcément la donner en retour. L'observation des signes dépressifs n'en mettait en évidence aucun. Toutefois, bien que l'existence passée de ce type d'atteinte, qui aurait cédé sous traitement antidépresseur, ne pouvait être exclue, l'absence de séquelles notamment cognitives permettait d'attester que l'intensité des symptômes n'avait été ni sévère, ni durable. L'assuré ne présentait pas d'autre signe de maladie psychiatrique qui aurait pu restreindre ses ressources. La seule difficulté qui pourrait être reconnue était une blessure dans l'amour-propre, liée au fait que l'employeur ne lui aurait pas reconnu ses nouvelles qualifications (l'assuré ne détenait toutefois pas encore son brevet fédéral). Même si l'on pouvait tenir compte d'une fragilité constitutionnelle de l'assuré face à un cumul de difficultés de l'existence, celles-ci apparaissaient comme bien stabilisées (l'assuré avait repris une relation sentimentale, le surmenage dont il se plaignait n'avait plus lieu d'être, il avait retrouvé un logement, ses cours étaient terminés, il avait eu largement le temps de se préparer à ses prochains examens, et enfin, l'abdominoplastie était cicatrisée depuis longtemps). Selon l'expert, en l'absence de signes de dépression, il était bien difficile de justifier médicalement un arrêt de travail d'origine psychiatrique. L'assuré ne présentait ainsi aucune atteinte à la santé à même de justifier une incapacité de travail d'ordre psychiatrique, que ce soit dans le passé ou actuellement. Son aptitude était totale.

La Dresse G_____ a ajouté que s'agissant des conclusions émises par la Dresse F_____ dans son rapport du 7 mai 2015, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.11) ne pouvait pas être retenu car l'assuré n'avait précédemment jamais eu d'arrêt de travail en raison d'une problématique d'ordre psychiatrique, ce qui permettait d'exclure le caractère récurrent d'antécédents d'une pathologie dépressive incapacitante. Par ailleurs, l'intensité moyenne de l'épisode actuel, annoncée par le psychiatre traitant, n'avait pas pu être constatée lors de l'observation des signes de dépression. Ainsi, les certificats attestant une incapacité de travail du 1^{er} avril au 31 mai 2015 ne pouvaient être considérés comme médicalement justifiés par une atteinte psychiatrique à la santé.

En conclusion, l'assuré présentait, sans répercussion sur sa capacité de travail, une blessure narcissique apparue suite aux différends entretenus avec son employeur, précipités en date du 16 février 2015. Les troubles avaient un caractère purement réactionnel et ne révélaient pas l'existence d'une maladie psychiatrique à caractère incapacitant. La Dresse G_____ a conclu qu'une reprise du travail était exigible de la part de l'assuré dès le 1^{er} juin 2015 à plein temps dans son activité habituelle.

Enfin, l'expert a fini son rapport en expliquant que « tenant compte du fait que l'intéressé n'a pas travaillé entre son licenciement effectif au 28 février 2015 et le rendez-vous pour expertise, [l'assuré] a été informé que l'expert tenterait de faire reconnaître l'arrêt de travail jusqu'au 31 mai 2015 ».

17. Le 26 juin 2015, le Dr D_____ a estimé que le rapport de la Dresse G_____ était probant et qu'en raison de l'événement psychiatrique du 16 février 2015, à savoir

un raptus avec mise en danger par alcoolisation et alimentation excessive, l'assuré avait été en incapacité de travail jusqu'au 31 mai 2015.

18. Par décision sur opposition du 7 juillet 2015, la caisse a indiqué que selon les conclusions de la Dresse G____, pleinement probantes, l'assuré ne présentait aucune atteinte susceptible de justifier une incapacité de travail. Toutefois, la caisse acceptait de prolonger, à bien plaisir, le versement des indemnités journalières jusqu'au 28 février 2015, date de la fin de son contrat de travail.
19. Le 1^{er} septembre 2015, le Dr E____ a indiqué que le refus de prendre en charge l'incapacité de travail de l'assuré était inconcevable et devait être reconsidéré au vu des éléments allant en sa faveur. Ce dernier allait mieux, il avait pu reprendre un travail dès le 1^{er} septembre 2015, malgré tous ses problèmes de santé (son opération chirurgicale, sa dépression suite à son licenciement incorrect et à l'attitude inadmissible de son patron).
20. Par acte du 7 septembre 2015, l'assuré, par l'intermédiaire du syndicat Unia, a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au versement d'une indemnité journalière du 1^{er} mars au 31 mai 2015. Le recourant a fait valoir qu'à son retour au travail le 16 février 2015, il avait été agressé verbalement par son patron, qui l'avait traité de profiteur, d'incompétent et de malhonnête. Il ne s'agissait pas d'une mésentente professionnelle comme l'avait retenu l'intimée dans sa décision. D'ailleurs, suite à cet événement, il avait été mis sous tranquillisants et antidépresseurs et avait dû consulter un psychiatre dès le 2 avril 2015. Ces circonstances ne lui avaient pas donné l'énergie et la confiance nécessaires pour rechercher un nouvel emploi. Depuis le 1^{er} juin 2015, il avait recouvré une pleine capacité de travail et il percevait des indemnités de chômage.
21. Par réponse du 30 novembre 2015, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Les conclusions de la Dresse G____, selon lesquelles le recourant ne présentait aucun diagnostic psychiatrique avec effet sur sa capacité de travail, étaient pleinement probantes. Les rapports invoqués par le recourant n'apportaient aucun élément objectif nouveau permettant de remettre en cause les conclusions de l'expert.

L'intimée a ajouté avoir interpellé la Dresse G____ s'agissant de sa remarque figurant à la fin de son rapport. Par courriel du 11 novembre 2015, versé à la procédure, la Dresse G____ a expliqué que lors de son entretien avec le recourant, ce dernier s'était plaint que l'Hospice général et l'assurance-chômage ne soient pas entrés en matière au motif qu'il était au bénéfice de prestations perte de gain maladie. Elle lui avait répondu qu'il devait au plus vite solliciter l'assurance-chômage et s'annoncer comme apte au placement au moins pour le 1^{er} juin 2015, ce qui sous-entendait qu'il pouvait chercher du travail pour cette date ou dès que possible. Elle ne lui avait pas dit qu'il était atteint dans sa santé psychiatrique, et d'ailleurs il ne l'était pas. Par contre, elle avait mis en avant son comportement à « tirer en longueur » la reconnaissance d'une incapacité de travail qui ne se justifiait

pas puisqu'une abdominoplastie permettait en principe une reprise professionnelle après quelques jours. L'expert a ajouté que sa remarque figurant à la fin de son rapport était effectivement inadéquate et qu'il convenait de la modifier en ce sens : « tenant compte du fait que l'intéressé n'a pas travaillé entre son licenciement effectif au 28 février 2015 et le rendez-vous pour expertise, l'assuré a été informé de son aptitude au placement ; il lui a été conseillé de s'inscrire à l'assurance chômage, puisqu'il est apte à avoir un nouvel employeur au moins pour le 1^{er} juin 2015 ».

À la suite de ce courriel, par avis du 26 novembre 2015, le Dr D_____ a indiqué qu'au vu des précisions apportées par la Dresse G_____, il la rejoignait en ce sens que l'état de santé psychiatrique de l'assuré ne justifiait pas d'incapacité de travail au-delà du 28 février 2015.

22. Par réplique du 17 décembre 2015, le recourant a fait valoir qu'à la date de son entretien avec la Dresse G_____, soit près de trois mois après l'événement déclencheur de la dépression, il se portait effectivement nettement mieux que durant les semaines précédentes, puisqu'il prenait des médicaments et était suivi par la Dresse F_____. Cette dernière avait d'ailleurs signalé, dans son rapport du 15 mai 2015, qu'une reprise progressive des activités professionnelles pouvait avoir lieu dès juin 2015. Il n'était dès lors pas étonnant que l'expert n'ait pas constaté l'intensité moyenne de l'épisode dépressif annoncée par le psychiatre traitant. Selon le recourant, l'examen de la Dresse G_____ ayant eu lieu trois mois après l'événement déclencheur, son rapport ne pouvait donc pas avoir une pleine valeur probante pour la période du 1^{er} mars au 31 mai 2015. De plus, les avis divergents établis par son médecin traitant et par son psychiatre traitant contredisaient les conclusions de la Dresse G_____. C'était donc à tort que l'intimée avait mis fin au versement des indemnités journalières au 28 février 2015.
23. Par duplique du 21 janvier 2016, l'intimée a fait valoir que selon l'expert, les troubles rapportés avaient un caractère réactionnel au licenciement et ne révélaient pas l'existence d'une maladie psychiatrique à caractère incapacitant. Le diagnostic de blessure narcissique apparue suite aux différends entretenus avec l'employeur et précipités en date du 16 février 2015 étaient sans effet sur la capacité de travail du recourant. Le rapport de l'expert avait ainsi pleine valeur probante.
24. Après avoir adressé une copie de ce courrier au recourant, la chambre de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique

des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

b. En l'occurrence, les contrats d'assurance-maladie collective et individuelle prévoyant le versement par l'intimée d'une indemnité journalière perte de gain - auxquels le recourant a été soumis respectivement jusqu'au 28 février 2015 et dès le 1^{er} mars 2015 - renvoient expressément à la LAMal.

c. Il s'agit par conséquent de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des art. 67ss LAMal, pour laquelle la chambre de céans est compétente.

2. Compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août inclus (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours, interjeté le 7 septembre 2015 contre la décision de l'intimée notifiée le 7 juillet 2015, est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985- LPA-GE - E 5 10).
3. L'objet du litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des indemnités journalières du 1^{er} mars au 31 mai 2015, en raison d'une atteinte à sa santé psychique survenue dès le 16 février 2015. L'intimée ayant versé à bien plaisir des prestations du 16 au 28 février 2015, il s'agira de déterminer si le recourant a présenté une incapacité de travail à compter du 16 février 2015, date à laquelle il était encore assuré dans le cadre de l'assurance collective et si cette incapacité a perduré du 1^{er} mars au 31 mai 2015, période pendant laquelle il était sans emploi et assuré à titre individuel.
4. a. Toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens de l'art. 68 LAMal (art. 67 al. 1 LAMal dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective (al. 3, 1^{ère} phrase). L'art. 71 LAMal dispose que lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur (al. 1^{er}, 1^{ère} phrase). L'art. 73 LAMal prévoit par ailleurs une coordination avec l'assurance-chômage.
b. Le versement d'une indemnité journalière est subordonné à l'existence d'une incapacité de travail selon l'art. 6 LPGA (art. 72 al. 2 et 73 al. 1 LAMal).

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

c. Selon les CGA applicables aux contrats d'assurance collective et individuelle, l'intimée accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité de travail résultant de la maladie, de la maternité et de l'accident, pour autant que ce risque soit inclus dans le contrat (art. 1 CGA). L'art. 13.1 CGA prévoit que l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25%. Cette disposition n'est pas applicable aux chômeurs.

d. Selon la jurisprudence, est considéré comme incapable de travailler l'assuré qui, à la suite d'une atteinte à la santé, ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore avec le risque d'aggraver son état (ATF 129 V 53 consid. 1.1; ATF 114 V 283 consid. 1c; ATF 111 V 239 consid. 1b). Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut établir dans quelle mesure l'assuré ne peut plus, en raison de l'atteinte à la santé, exercer son activité antérieure, compte tenu de sa productivité effective et de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger de lui (RAMA 2005 KV n°342 p. 356; ATF 114 V 281 consid. 1 c).

Par ailleurs, le fait de s'être assuré pour une indemnité journalière d'un montant donné et d'avoir payé les primes correspondantes n'ouvre pas forcément le droit au versement de la somme assurée; l'assuré doit encore prouver l'existence d'une incapacité de travail et d'une perte de salaire ou de gain consécutive à la maladie (ATF 110 V 318 consid. 5; RAMA 1990 n° K 829 p. 8 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.129/00 du 20 juin 2001 consid. 2b). Subit une perte de gain à la charge de l'assurance-indemnité journalière la personne qui, certes, a droit en principe à une indemnité de chômage mais qui, en raison d'une maladie, est passagèrement inapte au placement et, partant, ne peut prétendre une telle indemnité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.16/03 du 8 janvier 2004).

5. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
6. a. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas 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. À cet égard, il importe 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. En principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

d. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

7. Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués

ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

8. a. En l'occurrence, l'intimée a retenu, en se référant à l'expertise de la Dresse G_____, que le recourant n'a présenté aucune atteinte psychique entraînant une incapacité de travail pour la période du 16 février au 31 mai 2015, ce que ce dernier conteste, en se fondant sur les rapports de la Dresse F_____ et du Dr E_____.

b. Par rapport du 4 juin 2015, la Dresse G_____ a conclu, suite à l'examen du recourant réalisé le 11 mai 2015, que ce dernier ne présentait aucune atteinte à la santé à même de justifier une incapacité de travail d'ordre psychiatrique, que ce soit dans le passé ou au moment de l'expertise. Il souffrait d'une blessure narcissique (F43.28) apparue suite aux différends entretenus avec son employeur, mais n'entravant pas sa capacité de travail.

c. La chambre de céans constate que ce rapport d'expertise se fonde sur un examen du recourant et prend en considération ses plaintes. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description du contexte et l'appréciation de la situation médicale sont claires et non contradictoires. Les conclusions sont dûment motivées.

Il convient d'examiner si d'autres spécialistes ont émis une opinion contraire apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert.

d. Le recourant fait valoir, en se fondant sur les appréciations de la Dresse F_____ et du Dr E_____, qu'il présentait une incapacité de travail totale du 16 février au 31 mai 2015.

Les 7 et 15 mai 2015, la Dresse F_____ a certifié que le recourant, qu'elle suivait depuis le 2 avril 2015, souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.11) justifiant une incapacité de travail totale du 1^{er} avril au 31 mai 2015 (certificats des 2 et 21 avril 2015). Elle a indiqué qu'il présentait un nouvel épisode thymique dans un contexte de difficultés professionnelles (licenciement), conjugales (divorce en cours) et d'ordre médical (chirurgie bariatrique pour faire face à une obésité morbide). Après avoir énuméré les plaintes et le traitement suivi par le recourant, la Dresse F_____ a estimé que l'évolution clinique tendait à être favorable et qu'une reprise progressive des activités professionnelles pouvait être envisagée dès le mois de juin 2015.

La chambre de céans est d'avis que l'appréciation de la Dresse G_____ ne saurait être écartée au profit des conclusions de la Dresse F_____.

En effet, on ne saurait accorder pleine valeur probante aux rapports établis par ce psychiatre traitant, dès lors qu'ils ne comportent ni anamnèse, ni description du

contexte médical, ni constatation objective, ni appréciation de la situation médicale. Par ailleurs, la Dresse F_____ ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise. Qui plus est, la Dresse G_____ a, de manière convaincante, expliqué les raisons pour lesquelles le diagnostic posé par ce psychiatre traitant - soit un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.11) - ne pouvait être retenu. L'expert a en effet relevé que le recourant n'avait précédemment jamais eu d'arrêt de travail en raison d'une problématique d'ordre psychiatrique, ce qui permettait d'exclure le caractère récurrent d'antécédents d'une pathologie dépressive incapacitante (p. 8 du rapport d'expertise).

e. Le recourant fait valoir qu'au moment de l'expertise, il se portait effectivement mieux, de sorte qu'il n'était pas étonnant que l'expert n'ait pas constaté l'intensité moyenne de l'épisode dépressif annoncée par son psychiatre traitant. Le recourant est ainsi d'avis que dans la mesure où l'expert l'a examiné trois mois après l'événement déclencheur de sa dépression, son rapport d'expertise ne pouvait avoir une pleine valeur probante pour la période du 1^{er} mars au 31 mai 2015.

La chambre de céans constate que l'argument du recourant ne permet toutefois pas de mettre en doute l'appréciation de l'expert.

En effet, on relèvera que l'expert a procédé à l'examen du recourant le 11 mai 2015, soit au moment où, par rapports des 7 et 15 mai 2015, le psychiatre traitant a indiqué son diagnostic. Or, l'expert a dûment expliqué que l'atteinte diagnostiquée par la Dresse F_____ ne pouvait être retenue, étant donné qu'il n'avait pas constaté, lors l'examen du recourant, l'intensité moyenne de l'épisode dépressif annoncée par ce psychiatre traitant (p. 8 du rapport d'expertise). L'expert a néanmoins précisé que même si aucun signe dépressif n'avait été constaté pendant l'examen, il ne pouvait exclure l'existence passée d'une atteinte dépressive qui aurait cédé sous traitement médicamenteux. Il a toutefois souligné que l'absence de séquelles, notamment cognitives, permettait d'attester que l'intensité des symptômes n'avait été ni sévère, ni durable. Par conséquent, les certificats d'arrêt de travail couvrant la période du 1^{er} avril au 31 mai 2015 ne pouvaient pas être considérés comme médicalement justifiés par une atteinte psychiatrique à la santé (pp. 7 et 8 du rapport d'expertise).

C'est ainsi de manière convaincante que l'expert a écarté non seulement le diagnostic, mais également les incapacités de travail totale du 1^{er} avril au 31 mai 2015 attestées par la Dresse F_____.

Enfin, la chambre de céans constatera que dans la mesure où le Dr E_____, spécialiste FMH en pédiatrie et médecin traitant, justifie l'existence d'une incapacité de travail totale dès le 16 février 2015 par un état dépressif – alors que cette atteinte a été écartée de manière circonstanciée par la Dresse G_____ – son appréciation ne saurait être décisive pour l'issue du présent litige.

9. Compte tenu de ce qui précède, le rapport d'expertise emporte la conviction de la chambre de céans et permet de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant n'a pas présenté d'atteinte à la santé psychique entraînant une

incapacité de travail du 16 février au 31 mai 2015. C'est par conséquent à bon droit que l'intimée a nié le droit du recourant à des prestations du 1^{er} mars au 31 mai 2015.

10. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.

11. a. L'intimée conclut à l'octroi de dépens.

b. Selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4). Cette jurisprudence, fondée sur le principe de la gratuité de la procédure de première instance en droit fédéral des assurances sociales, l'emporte sur d'éventuelles dispositions contraires du droit de procédure cantonal.

c. En l'espèce, on ne saurait considérer le recours - même mal fondé - comme téméraire ou ayant été interjeté à la légère. Les conclusions tendant à l'octroi de dépens, prises par l'intimée, au surplus non représentée, seront par conséquent rejetées.

12. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; 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, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le