

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/834/2017

ATAS/834/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 septembre 2018

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Yvan JEANNERET

demandeur

contre

SWICA ASSURANCE-MALADIE SA, sise boulevard de Grancy
39, LAUSANNE

défenderesse

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christian PRALONG et Maria Esther SPEDALIERO, juges assesseurs.

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), domicilié dans le canton de Genève, né le _____ 1961, titulaire d'une licence ès sciences chimiques et d'un diplôme en management et administration des affaires de l'Université de Genève, a travaillé dès le 18 septembre 1989 chez B_____ SA (ci-après : l'employeur) à Meyrin (GE), à un taux d'occupation de 100 %, d'abord comme responsable technico-commercial, puis comme directeur exécutif, puis encore, dès janvier 2005, comme directeur général. Dès avril 2015, son salaire annuel de base était de CHF 279'279.- brut.
2. Le demandeur était à ce titre au bénéfice d'une assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie, conclue par l'employeur avec SWICA Assurance-maladie SA (ci-après : l'assurance) selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1). L'indemnité journalière maladie était de 80 % du salaire assuré, fixé au maximum à CHF 250'000.- par an (en dérogation des conditions générales d'assurance [ci-après : CGA]), à hauteur de 730 jours par cas sous déduction d'un délai d'attente de 60 jours par cas.
3. L'employeur a licencié le demandeur le 21 avril 2016 pour le 31 juillet 2016, en le libérant immédiatement de son obligation de travailler.
4. Dès le 25 mai 2016, le demandeur a été déclaré en totale incapacité de travail pour cause de maladie par son médecin traitant, le docteur C_____, spécialiste FMH en cardiologie, médecine interne et générale, à teneur de certificats des 25 mai et 14 juin 2016, que l'employeur a transmis à l'assurance, avec l'annonce de la maladie, le 16 juin 2016.
5. Le demandeur a été suivi de la mi-août à la mi-novembre 2016 en outre par la docteure D_____, médecin psychiatre FMH, qui, le 7 novembre 2016, a attesté de sa totale incapacité de travail du 7 au 30 novembre 2016, les arrêts de travail du demandeur ayant été jusque-là établis par le Dr C_____.

Selon ce qu'elle indiquera dans un rapport médical du 8 février 2017, la Dre D_____ a constaté que le demandeur présentait une symptomatologie anxio-dépressive en lien avec sa situation et les difficultés liées à un conflit avec son employeur. Après s'être d'abord amélioré, l'état clinique du demandeur s'était péjoré dès octobre 2016, avec une recrudescence des symptômes anxieux et dépressifs (ruminations incessantes sur sa situation, troubles du sommeil, baisse de l'élan vital, troubles de la concentration, anhédonie, difficultés à se projeter dans l'avenir). Les propositions thérapeutiques de la Dre D_____ avaient inquiété le demandeur, s'agissant tant d'introduire une médication supplémentaire contre les troubles du sommeil que d'avoir un suivi plus intensif et orienté par une évaluation à l'hôpital de jour de la Clinique de la Métairie, si bien que la préférence avait été donnée à une prise en charge plus comportementale, assumée par une autre thérapeute, la docteure E_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, dès

novembre 2016 ; selon la Dre D_____, en novembre 2016, l'état clinique du demandeur n'était pas compatible avec une reprise de travail.

6. L'assurance a versé des indemnités journalières en faveur du demandeur à partir du 24 juillet 2016, sur la base d'une incapacité de travail de 100 %.
7. Répondant le 21 septembre 2016 à la demande de rapport médical que l'assurance l'avait invité à établir en vue d'annonce à l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour détection précoce, le Dr C_____ a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif (F 32.9 de la CIM-10) depuis le 25 mai 2016 ; il s'agissait d'une dépression réactionnelle. Le diagnostic était bon avec un suivi psychologique (psychothérapie), mais l'incapacité de travail était de 100 % depuis le 25 mai 2016 ; une reprise d'activité professionnelle serait envisageable ultérieurement, chez un autre employeur.
8. Le 29 septembre 2016, l'assurance a décidé de soumettre le demandeur à une expertise psychiatrique, confiée au docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie, psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a procédé à l'examen psychiatrique du demandeur le 18 octobre 2016 (durant 45 minutes).
9. Le Dr F_____ a rendu son rapport d'expertise le 24 octobre 2016. Ce rapport indique les circonstances de l'expertise. Il relate l'anamnèse psychosociale et professionnelle du demandeur, puis son anamnèse psychiatrique (absence de tout antécédent psychiatrique), ses plaintes actuelles, sa médication et son anamnèse somatique. Il décrit le status psychique du demandeur, indique les résultats de tests psychométriques (celui de l'échelle d'Hamilton, indiquant un état dépressif léger, et celui de l'échelle de dépression M.A.D.R.S., indiquant l'absence d'un état dépressif) et d'analyses de laboratoire (indiquant une prise régulière et une bonne compliance médicamenteuse, pas de signe d'abus d'alcool). Il retient le diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (F 43.23 de la CIM-10), qui s'était installé suite à des conflits répétés sur le lieu de travail et à un licenciement reçu fin avril 2016, à l'origine de l'incapacité de travail attestée depuis le 25 mai 2016. Il évalue le cas (sur 3 pages) et parvient à la conclusion que l'attestation continue d'une incapacité de travail totale présente un net bénéfice secondaire et n'est plus justifiable depuis longtemps par une symptomatologie psychiatrique sévère ; la symptomatologie anxio-dépressive résiduelle du demandeur n'était plus que d'une intensité légère à moyenne au maximum ; en mobilisant toute sa bonne volonté et en définissant des priorités, le demandeur serait capable de reprendre tout de suite son activité professionnelle à 50 %, et aurait une capacité de travail de 80 % dès le 15 novembre 2016 au plus tard et de 100 % dès le 1^{er} décembre 2016. Le demandeur ne présentait ni fibromyalgie, ni trouble somatoforme douloureux persistant.
10. Par courrier du 3 novembre 2016, l'assurance a indiqué au demandeur qu'elle mettait fin à sa participation financière le 14 novembre 2016, au vu du rapport d'expertise précité du Dr F_____ relatif à sa capacité de travail et des CGA

excluant le droit aux prestations en cas d'incapacité de travail inférieure à 25 %. Parallèlement, elle transmettait copie du rapport d'expertise du Dr F_____ au Dr C_____.

Le même jour, l'assurance a transmis à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), signée par l'assuré le 10 octobre 2016. Elle lui a indiqué qu'elle cesserait de verser des indemnités journalières en faveur du demandeur au-delà du 14 novembre 2016.

11. Le 7 novembre 2016, agissant au nom et pour le compte du demandeur, l'épouse de ce dernier, consultante juridique et fiscale, a contesté la position de l'assurance. Le Dr F_____ ne s'était pas montré neutre et indépendant. Son évaluation faite en 30 minutes ne devait pas primer sur celle de la Dre D_____, attestant d'une totale incapacité de travail jusqu'au 30 novembre 2016. Il fallait maintenir la couverture d'assurance du demandeur jusqu'à ce que son état de santé soit reconnu meilleur par ses médecins et, en cas de contestation, qu'un médecin tiers, désigné par une institution neutre ou d'un commun accord, examine le demandeur.
12. À teneur d'un rapport médical du 17 novembre 2016 de la Dre D_____ à l'OAI, l'assuré souffrait d'un épisode dépressif (F32) et de difficultés liées à l'emploi (Z56). Il avait développé une symptomatologie anxio-dépressive ; son médecin traitant l'avait mis en arrêt de travail et lui avait proposé un suivi psychiatrique. Les symptômes constatés étaient une thymie sur le versant dépressif, des troubles du sommeil sur ruminations anxieuses, une baisse de l'élan vital, de la concentration ainsi que des intérêts et du plaisir.
13. Le 22 novembre 2016, le demandeur a transmis à l'assurance un certificat d'un « nouvel expert neutre », la Dre E_____, confirmant l'avis des Drs C_____ et D_____, et a indiqué considérer, en l'absence de réponse au courrier précité du 7 novembre 2016, que l'assurance revenait sur sa décision d'arrêter sa participation financière au 14 novembre 2016.
14. Par courrier du 5 décembre 2016, l'assurance a communiqué au demandeur une copie du rapport d'expertise du Dr F_____, dont les conclusions ne se trouvaient remises en cause par aucun élément des certificats médicaux qu'avaient produits le demandeur. Il n'y avait pas matière à solliciter un autre avis médical. L'assurance maintenait sa position.
15. Par courrier du 19 décembre 2016, le demandeur a objecté que son médecin de famille, le Dr C_____, était le mieux à même de constater les changements de son état de santé, avec le professionnalisme et l'objectivité d'un praticien ayant prêté le serment d'Hippocrate. Quant aux psychiatres D_____ et E_____, elles n'étaient pas son médecin de famille, mais avaient attesté, en toute neutralité, respectivement que son état justifiait un suivi ambulatoire auprès de la Métairie et qu'il était en arrêt de travail à 100 % au moins jusqu'au 31 décembre 2016 (échéance à réévaluer). Le rapport du Dr F_____, qui ne l'avait vu qu'une seule fois et durant

30 minutes seulement, comportait de nombreuses erreurs (par exemple l'affirmation que le demandeur s'était déclaré prêt à reprendre un travail à 100 % dès le 1^{er} novembre 2016), et il servait les intérêts de l'assurance l'ayant mandaté. L'assurance devait continuer à lui verser ses prestations.

16. Le 25 janvier 2017, l'assurance a répondu au demandeur que cette correspondance n'apportait aucun nouvel élément médical. Il lui était loisible de saisir le tribunal compétent pour contester sa décision du 3 novembre 2016.
17. Le rapport d'expertise du 24 octobre 2016 du Dr F_____ a été intégré au dossier de l'OAI le 30 janvier 2017 (étant précisé que, d'après une note téléphonique du 19 décembre 2016, l'OAI avait pris note que l'assurance avait cessé de verser des indemnités journalières en faveur de l'assuré au 15 novembre 2016 et que, selon une expertise effectuée, la capacité de travail de l'assuré était entière dans son activité habituelle dès le 16 novembre 2016).
18. Dans un rapport médical du 13 février 2017, la Dre E_____ a indiqué avoir entamé avec le demandeur un suivi psychothérapeutique depuis novembre 2016. Suite à son licenciement en avril 2016, le demandeur s'était retrouvé dans un état de stress post-traumatique, avec des éléments anxieux et dépressifs majeurs. Le choc qu'il avait subi était d'une telle violence psychologique que les Drs C_____ et D_____ avaient adéquatement mis le demandeur en arrêt de travail, ce qu'elle-même avait ensuite également fait. Le demandeur était actuellement encore dans l'incapacité de reprendre une quelconque activité professionnelle ; il présentait un stress chronique et des symptômes de la lignée dépressive malgré les traitements pharmacologiques entrepris : une incapacité de concentration, une démotivation, une fatigue constante, des troubles du sommeil, une anxiété diffuse et une dévalorisation très importante, et des idées de mort avaient effleuré son esprit (mais il n'avait jamais eu d'idées suicidaires actives).
19. À teneur d'un rapport médical du 7 mars 2017 de la Dre E_____ à l'OAI, l'assuré souffrait, depuis le 25 mai 2016, d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte et d'un épisode dépressif moyen avec symptôme somatique. Il avait une thymie déprimée, un manque d'élan vital, de l'asthénie, des troubles du sommeil, une difficulté de concentration, de l'anxiété et de l'angoisse, de la crainte pour son avenir professionnel, des troubles mnésiques. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 25 mai 2016. Le pronostic était bon à moyen terme.
20. Par acte du 9 mars 2017, le demandeur, désormais représenté par un avocat, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) d'une demande en paiement contre l'assurance, concluant préalablement à ce que les Drs C_____, D_____, E_____ et F_____ soient auditionnés et à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée pour déterminer son aptitude au travail, et principalement à ce que l'assurance soit condamnée à lui verser la somme de CHF 81'106.- avec intérêts à 5 % dès la date moyenne, correspondant au solde des

indemnités journalières dues, sous réserve d'amplification de ces conclusions et sous suite de frais et dépens.

D'après des rapports médicaux des Dres D_____ du 8 février 2017 et E_____ du 13 février 2017, l'état médical du demandeur n'avait cessé de se dégrader. Son droit aux indemnités journalières lui avait été reconnu, à l'échéance du délai d'attente ; seule la durée des prestations restait litigieuse. Trois avis médicaux contredisaient l'avis que le Dr F_____ avait émis au terme d'un entretien de 40 minutes. Celui-ci ne tenait pas compte du fait que, selon ce qu'il relevait lui-même, le trouble de l'adaptation qu'il avait retenu impliquait une incapacité de travail s'étendant sur six mois à deux ans en cas de réaction dépressive prolongée ; il admettait la souffrance du demandeur, mais retenait qu'il devait être capable de reprendre une activité professionnelle en faisant preuve de bonne volonté, tout en faisant mention d'un pronostic incertain à moyen et long termes. L'état de santé du demandeur s'était aggravé depuis que le Dr F_____ avait rendu son rapport d'expertise.

Les indemnités journalières auxquelles le demandeur avait droit devaient être calculées sur le salaire annuel de CHF 279'279.- (part variable comprise), à savoir 106 indemnités journalières (du 15 novembre 2016 au 28 février 2017), donc CHF 81'106.- (CHF 279'279.- / 365 x 106), avec intérêts à 5 % dès la date moyenne, sous réserve d'amplification.

21. D'après l'avis médical du 27 mars 2017 du docteur G_____ du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), l'assuré avait eu un épisode anxio-dépressif à la suite de tensions au niveau professionnel et d'un licenciement. Le Dr F_____ retenait le seul diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions et attestait d'une pleine capacité de travail à partir de décembre 2016. La Dre E_____ confirmait le caractère réactionnel de la pathologie psychique de l'assuré. Cette dernière ne pouvait pas être prise en compte par l'AI.
22. Le 6 avril 2017, l'assurance a présenté son mémoire de réponse à la demande de l'assuré.

Sur le plan des faits, l'assurance relevait que le demandeur avait refusé une demande d'entretien de son « care manager » mais s'était dit prêt à se soumettre à une expertise, et que le 26 septembre 2016, quoique en incapacité de travailler, il avait donné une interview pour la Radio Télévision Suisse (ci-après : RTS).

Selon le contrat collectif signé entre l'employeur et l'assurance, le gain annuel assuré par personne correspondait au salaire soumis à l'AVS jusqu'à concurrence de CHF 250'000.- au maximum ; le demandeur ne pouvait prétendre à des indemnités journalières supérieures à 80 % d'un salaire de CHF 250'000.-, soit à CHF 547.95 par jour. Et une fois le délai de congé échu, il ne pouvait prétendre plus qu'à une perte de gain à hauteur de l'indemnité de chômage.

D'après les CGA, toute personne assurée était tenue de se soumettre à un examen ou une expertise effectués par des médecins mandatés par l'assurance. Les prestations de celle-ci pouvaient être réduites ou refusées notamment en cas de soustraction ou d'opposition à un traitement approprié ou à des mesures de réinsertion dans la vie professionnelle, ou en cas de non-exploitation de la capacité de travail résiduelle.

Les expertises des parties avaient valeur d'allégués, dans la mesure où ceux-ci étaient expressément contestés, une contestation générale n'étant pas suffisante. Un rapport d'expert complet et détaillé (comme l'était en l'espèce le rapport du Dr F_____) devait être préféré à des rapports imprécis de médecins traitants.

Le Dr F_____ n'avait pas constaté de ralentissement psychomoteur. Le demandeur était capable de maintenir un certain rythme journalier, pouvait au besoin se lever tôt, sortir de la maison, aider son épouse dans le ménage et trouvait du plaisir dans le contact avec les membres de sa famille. Objectivement, la symptomatologie anxio-dépressive résiduelle du demandeur n'était plus que d'une intensité légère à moyenne au maximum. En mobilisant toute sa volonté et en définissant des priorités, le demandeur était capable de reprendre son activité professionnelle immédiatement à 50 %, puis à 80 % dès le 15 novembre 2016 puis à 100 % dès le 1^{er} décembre 2016. La question d'un retour à l'ancien poste de travail, avec confrontation à l'ex-employeur, ne se posait pas. La durée de l'audition par l'expert n'était pas déterminante. La Dre D_____ n'avait plus traité le demandeur postérieurement à la suspension des prestations, si bien que son rapport n'était pas pertinent, étant en outre rappelé que le demandeur avait refusé un traitement qu'elle lui avait proposé. Quant à la Dre E_____, elle ne se déterminait pas par rapport à l'expertise du Dr F_____, se bornant à affirmer une incapacité actuelle de reprendre le travail.

La demande devait être rejetée. Subsidiairement, il y avait lieu de suspendre la procédure jusqu'à ce que l'AI se soit déterminée, plus subsidiairement de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

23. Lors d'un entretien du 24 avril 2017 avec une conseillère en réadaptation de l'OAI, l'assuré a indiqué que sa capacité de travail (réactionnelle ou pas) était nulle et qu'il n'arrivait toujours pas à se projeter en emploi. Il n'envisageait pas de contester la décision que prendrait l'OAI, étant las d'effectuer de telles démarches au surplus coûteuses. Il suivait un coaching lui apportant beaucoup et serait preneur de suivre des cours d'anglais. Il pensait qu'il aurait à terme une capacité de travail lui permettant de bénéficier de prestations de l'assurance-chômage.
24. Par réplique du 5 mai 2017, le demandeur a persisté dans les conclusions de sa demande en paiement.

Sur le plan des faits, le demandeur a objecté, en rapport avec une proposition d'entrevue avec un « care manager » de l'assurance, qu'il avait estimé que seul un médecin serait à même de juger de son incapacité de travail, et, concernant une

émission de la RTS, qu'il avait répondu à quelques brèves questions lors d'une émission tournée à l'occasion d'une conférence organisée par l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) à laquelle il avait participé, de façon compatible avec son état de santé.

Son délai de congé n'était pas échu, du fait de sa suspension liée à son incapacité de travail durant la période de protection ; il pouvait prétendre à une perte de gain à hauteur de son salaire.

Le demandeur ne se limitait pas à une contestation générale du rapport d'expertise du Dr F_____. Celui-ci était contredit par trois avis médicaux, attestant que son incapacité de travail perdurait et que son état de santé s'était aggravé après le rendu dudit rapport d'expertise. La Dre D_____ contestait que le demandeur avait eu une incapacité de travail respectivement de 50 % dès le 18 octobre 2016 et 20 % dès le 15 novembre 2016.

25. Le 15 mai 2017, l'OAI a accordé à l'assuré des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un coaching personnalisé (qu'il suivait déjà auprès de Happy at Work Sàrl) et d'un cours de langue anglaise avec orientation professionnelle.
26. Le 23 mai 2017, la Dre E_____ – qui avait jusque-là renouvelé mensuellement les arrêts de travail de l'assuré à 100 % depuis décembre 2016, à la suite des Drs C_____ et D_____ – a attesté que le demandeur aurait une capacité de travail de 50 % dès juin 2017.
27. L'assuré s'est inscrit au chômage à 50 % le 2 juin 2017, taux qui sera augmenté à 100 % dès le 1^{er} septembre 2017.
28. Par duplicque du 2 juin 2017, l'assurance a maintenu ses conclusions tendant au rejet de la demande en paiement.

Le demandeur avait été reconnu apte à travailler à 50 % dès le 15 novembre 2016. Son congé donné le 21 avril 2016 avait été suspendu du 25 mai au 14 novembre 2016, avait recommencé à courir le 15 novembre 2016 et avait échu le 11 janvier 2017.

Le rapport d'expertise du Dr F_____ avait pleine valeur probante.

29. L'OAI a mis un terme au mandat de réadaptation dans le cadre de l'intervention précoce le 2 octobre 2017, et, le 3 octobre 2017, il a adressé à l'assuré un projet de décision prévoyant de lui refuser toute rente d'invalidité de même que des mesures professionnelles, pour le motif que l'atteinte à la santé qu'il avait depuis le 25 mai 2016 n'était pas invalidante, n'ayant aucune influence sur sa capacité de travail et de gain ; l'assuré avait une capacité de travail entière dans toute activité.
30. Le 12 octobre 2017, l'assurance a communiqué ce projet de décision de l'AI à la CJCAS.
31. Le 25 octobre 2017, le demandeur a indiqué à la CJCAS qu'il avait recouvré le 100 % de sa capacité de travail depuis le 1^{er} septembre 2017 (ainsi que l'attestait la

Dre E_____ et qu'il en avait informé spontanément sa conseillère en réadaptation professionnelle de l'OAI). Le projet considéré de décision de l'AI, à l'encontre duquel il n'avait aucune objection à soulever, ne mentionnait pas la date à partir de laquelle ledit office retenait qu'il avait recouvré son entière capacité de travail.

32. Par décision du 13 novembre 2017 (que l'assuré ne contestera pas), reprenant les termes et conclusions de son projet de décision précité, l'OAI a refusé à ce dernier toute rente d'invalidité de même que des mesures professionnelles.
33. Par écriture du 17 novembre 2017, l'assurance – relevant que le demandeur réclamait des indemnités journalières pour la période du 15 novembre 2016 au 28 février 2017 et faisait désormais valoir une incapacité de travail jusqu'au 31 août 2017 – a objecté que l'AI aurait reconnu au demandeur une rente d'invalidité au moins pour la période de mai à août 2017 si elle avait considéré que sa capacité de travail avait été restreinte jusqu'au 31 août 2017 ; or, cela n'avait pas été le cas. Comme cela résultait de l'avis médical du docteur G_____ du SMR du 27 mars 2017, l'AI s'était fondée sur le rapport d'expertise du Dr F_____ pour retenir que le demandeur présentait une réaction psychique à un conflit professionnel qui ne pouvait être prise en compte par l'AI, étant précisé que ledit rapport d'expertise attestait d'une pleine capacité de travail à partir de décembre 2016 et que la Dre E_____ confirmait le caractère réactionnel de la pathologie psychique du demandeur.
34. Le 20 novembre 2017, l'assuré a communiqué à la CJCAS une copie de la décision de l'OAI du 13 novembre 2017 lui refusant une rente d'invalidité et des mesures professionnelles, reprenant intégralement le projet de décision précité.
35. L'assurance a relevé, le 1^{er} décembre 2017, que l'assuré ne s'était pas opposé à ce projet de décision de l'OAI, qui considérait que son atteinte à la santé n'avait aucune influence sur sa capacité de travail et qu'il avait une capacité de travail entière dans toute activité.
36. L'assuré a objecté, le 7 décembre 2017, que l'assurance méconnaissait les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité de l'AI, dont le champ d'application ne se recoupait pas avec celui d'une assurance-maladie perte de gain. Il persistait dans les conclusions de la demande en paiement du 9 mars 2017, qui n'étaient pas incompatibles avec la décision de l'OAI.
37. Le 27 mars 2018, la CJCAS a ordonné à l'OAI l'apport du dossier de l'assuré, mesure à laquelle l'OAI a donné suite le 11 avril 2018, ce dont la CJCAS a informé les parties le 13 avril 2018 en leur précisant qu'elles pouvaient consulter ledit dossier à son greffe, en même temps qu'elle les a convoquées pour une audience de comparution personnelle et d'audition des Drs C_____, D_____, E_____ et F_____, fixée au 26 avril 2018.

Les Drs C_____ et F_____ ont écrit les 16 et 18 avril 2018 qu'ils avaient des empêchements pour cette audience, à laquelle ils ne pourraient donc se présenter.

38. Le 26 avril 2018, la CJCAS a procédé à la comparution personnelle des parties et à l'audition des Dres D_____ et E_____ à titre de témoins.

a. L'assuré a admis que le montant de l'indemnité journalière à laquelle il avait droit était de CHF 547.95. Il a d'abord amplifié les conclusions de sa demande, portée à CHF 141'371.-, à savoir à 198 jours d'incapacité totale de travail (du 15 novembre 2016 au 31 mai 2017) et 120 jours d'incapacité de travail à 50 % (soit 28 jours [du 18 octobre au 14 novembre 2016] + 92 jours [du 1^{er} juin au 31 août 2017]). L'assurance ayant payé le 100 % des indemnités jusqu'au 14 novembre 2016, il a ensuite abandonné la période du 18 octobre au 14 novembre 2016 ; la demande, amplifiée, portait dès lors sur la somme de CHF 133'700.-.

b. La Dre D_____ avait été la psychiatre traitante de l'assuré du 11 août au 17 novembre 2016 ; elle l'avait eu à sa consultation neuf fois durant cette période.

Sa première appréciation s'était orientée vers un trouble de l'adaptation, alternativement vers un épisode dépressif (ayant déjà été modéré par le traitement médicamenteux qu'avait prescrit le Dr C_____). La symptomatologie qu'elle avait constatée était de l'anxiété, des troubles du sommeil, une rumination anxieuse avec des réveils nocturnes, une baisse de l'élan vital, un manque d'énergie ; son état, d'abord stable, s'était péjoré durant la seconde moitié de septembre 2016, avec une thymie plus dépressive, plus de difficultés de concentration, des troubles mnésiques et plus de fatigabilité. L'assuré avait préféré poursuivre son traitement par une prise en charge comportementale, que ne pratiquait pas la Dre D_____ mais qu'elle recommandait comme alternative à une prise en charge en hôpital de jour. La Dre E_____ avait alors pris le relais.

La Dre D_____ avait retenu et confirmait le diagnostic d'épisode dépressif, d'une intensité modérée à forte, et non un trouble de l'adaptation, eu égard à l'évolution et la durée des symptômes, qui remontaient à au moins six mois à la mi-novembre 2016. L'assuré avait une capacité de travail nulle dans toute activité jusqu'à fin novembre 2016 ; la Dre D_____ contestait l'appréciation que le Dr F_____ avait faite de la capacité de travail de l'assuré ; celui-ci ne tirait pas un « net bénéfice secondaire » de son arrêt de travail, qui était pleinement justifié médicalement par une symptomatologie anxio-dépressive invalidante, même si celle-ci s'inscrivait dans le contexte d'un conflit de travail. S'il avait sans doute été blessé narcissiquement par ce conflit, l'assuré n'avait pas eu un discours centré sur un rôle de victime ; il n'avait pas fait de descriptions exagérées ou dramatisantes. La Dre D_____ contestait totalement que l'attestation d'une incapacité de travail continue était « clairement instrumentalisée », en octobre 2016.

c. La Dre E_____ suivait l'assuré depuis courant novembre 2016, au rythme d'abord une fois par semaine puis une fois tous les quinze jours.

Elle avait posé le diagnostic de trouble dépressif réactionnel suite à un licenciement abusif, sous-catégorie d'un épisode dépressif d'intensité sévère, en novembre 2016.

L'assuré avait eu initialement un trouble de l'adaptation, qui s'était cependant accompagné de réactions anxieuses et dépressives de façon suffisamment durable pour engendrer un épisode dépressif même sévère. Sa capacité de travail était clairement nulle à fin novembre 2016. Ce n'était que depuis fin mai 2017/début juin 2017 qu'il avait retrouvé une capacité de travail partielle, d'abord à 50 % puis à 100 % dès septembre 2017. La Dre E_____ était catégorique que l'assuré était en totale incapacité de travail dans toute activité professionnelle de novembre 2016 à fin février 2017, même au-delà de cette date. Elle s'est dite surprise, même choquée, que l'expert F_____ ait pu poser le diagnostic de troubles de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions et retenir l'appréciation de la capacité de travail qu'il avait respectivement posée et retenue. L'assuré ne s'était pas positionné en victime, ni n'avait fait de description exagérée ou dramatisante de ses symptômes, même s'il avait eu une blessure narcissique importante mais normale. La Dre E_____ contestait que l'attestation d'une incapacité de travail totale présentait un « net bénéfice secondaire » pour l'assuré, était « clairement instrumentalisée », et qu'en octobre 2016 elle n'était plus justifiable depuis longtemps par une symptomatologie psychiatrique sévère. Compte tenu de la durée, de l'intensité et de l'évolution des symptômes présentés par l'assuré, on ne pouvait pas retenir un trouble de l'adaptation mais bien un épisode dépressif d'intensité sévère. L'assuré mobilisait toute sa bonne volonté. La Dre E_____ ne pensait pas que l'évolution de l'assuré aurait été plus rapidement favorable s'il avait consulté un psychiatre avant la mi-août 2016.

d. À l'issue de l'audition des Dres D_____ et E_____, les parties ont demandé à pouvoir se déterminer sur la suite de la procédure, en déclarant d'ores et déjà renoncer à une audience de plaidoiries orales. L'assuré a indiqué avoir créé une société de conseils, H_____ Sàrl, et avoir eu ainsi quelques mandats postérieurement à la période litigieuse.

39. Le 9 mai 2018, l'assuré a indiqué ne plus solliciter l'audition de son médecin traitant, le Dr C_____, et ne pas s'opposer à ce que le Dr F_____ soit invité à se déterminer par écrit sur les déclarations des Dres D_____ et E_____.
40. Le 18 mai 2018, l'assurance a requis que les témoignages de ces deux médecins soient soumis au Dr F_____ pour détermination ou qu'une expertise judiciaire soit ordonnée. Elle a relevé que le SMR avait déclaré partager les conclusions du Dr F_____ et que l'assuré n'avait pas contesté que l'AI ne lui reconnaisse pas le droit à une rente d'invalidité pour la période de mai à août 2017. Selon les CGA, l'assurance n'était pas tenue de verser des prestations si la personne assurée ne faisait pas valoir en temps utile une créance contre un tiers ou ne prenait aucune disposition pour la recouvrer ; dès lors que l'AI avait refusé une rente d'invalidité par une décision que l'assuré n'avait pas contestée et que les conditions de l'indemnité journalière et de la rente étaient identiques, l'incapacité de travail que faisait valoir l'assuré du 15 novembre 2016 au 31 août 2017 n'était pas justifiée. À l'échéance du délai de protection, soit le 11 janvier 2017, l'assuré se serait trouvé

au chômage et n'aurait pu prétendre, selon les CGA, qu'à l'indemnité de chômage, calculée sur un gain maximum de CHF 148'200.-, donnant une indemnité journalière de CHF 406.05. Les dates auxquelles l'assuré avait consulté la Dre E_____ (28 février, 10 avril, 23 mai, 18 juillet et 12 septembre 2017) n'attestaient pas d'un traitement suffisant pour une symptomatologie dépressive affirmée par ledit médecin ; une expertise judiciaire devrait le cas échéant être ordonnée, pour laquelle les dates et notes de consultation de la Dre E_____ devraient être produites. H_____ Sàrl avait été créée en janvier 2017, et non en octobre 2017.

41. Dans un rapport du 4 juin 2018, le Dr F_____ s'est déterminé sur les procès-verbaux d'audition des Dres D_____ et E_____.

Les explications et évaluations de ces deux médecins quant au diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions correspondaient à celles qu'il avait lui-même consignées dans son rapport d'expertise. En octobre 2016, la symptomatologie psychique de l'assuré était à diagnostiquer comme un trouble de l'adaptation, eu égard à sa nature clairement réactionnelle et à l'absence d'antécédent psychiatrique. Ni l'une ni l'autre des deux psychiatres n'avaient appliqué d'échelles psychométriques standardisées (Hamilton ou MADRS) pour objectiver la symptomatologie, mais avaient répété avec peu de recul critique les plaintes que l'assuré avait également présentées et expliquées lors de l'examen d'expertise. L'assuré avait pu maintenir un bon rythme journalier durant tout le temps de son arrêt de travail et avait même pu partir une semaine aux États-Unis, voyage peu compatible avec une symptomatologie dépressive moyenne à sévère, de même que le fait de jouer une fois par semaine au tennis. D'un point de vue médical, sa capacité de travail devait être évaluée principalement au regard de sa capacité de se lancer dans des activités, d'assumer certaines tâches et de surmonter des éventuels symptômes psychiques. Considérant le niveau d'activités de l'assuré dès la fin de l'année 2016, il était évident que sa symptomatologie anxio-dépressive de nature clairement réactionnelle – peu important qu'on l'interprète comme un trouble de l'adaptation ou un épisode dépressif – n'était que d'une intensité légère à moyenne au maximum, avec au demeurant un soutien pharmacologique minimal. Il était pleinement justifié de faire mention de la grande blessure narcissique de l'assuré au titre des traits accentués de sa personnalité, sans retenir le diagnostic d'un trouble de la personnalité.

Le Dr F_____ confirmait l'évaluation de la symptomatologie psychique qu'il avait faite de l'assuré dans son rapport d'expertise, y compris l'appréciation que l'attestation continue d'une incapacité de travail totale jusqu'en mai 2017 n'était absolument pas justifiée médicalement. Les témoignages des Dres D_____ et E_____ étaient tendancieux et guidés par la motivation de soutenir l'assuré dans sa demande de prestations.

42. Le 6 juillet 2018, résumant la prise de position du Dr F_____, l'assurance a persisté dans les termes et conclusions de ses précédentes écritures.

43. Le 9 juillet 2018, l'assuré a estimé que tant l'expertise du Dr F_____ que les observations écrites subséquentes de ce dernier ne convainquaient pas et n'avaient pas la même force probante que les témoignages des Dres D_____ et E_____, dont le Dr F_____ citait des extraits tronqués et sortis de leur contexte afin de légitimer son propre diagnostic et sans prendre position sur la péjoration de l'état de santé de l'assuré et le changement de prise en charge préconisé par la Dre D_____. L'assuré contestait avoir pu maintenir un bon rythme journalier, et avoir déclaré s'être rendu régulièrement dans son club de tennis. Le Dr F_____ ne l'avait vu que durant trente minutes.
44. Le 19 juillet 2018, l'assuré a produit des courriers de l'OCE, dont résultait que son inscription au chômage, au début de l'année 2017, n'avait pu être acceptée du fait de sa totale incapacité de travail dès janvier 2017 et que son dossier de demandeur d'emploi avait été annulé le 10 mars 2017, mais que, finalement, après sa réinscription au chômage le 31 mai 2017, il avait été déclaré, par décision de l'OCE du 20 juillet 2017, apte au placement à raison d'une disponibilité à l'emploi de 100 % depuis le 1^{er} juin 2017. Il ressortait de cette décision-ci que s'il était inscrit au registre du commerce depuis le 24 janvier 2017 comme associé de I_____ Sàrl, l'assuré n'exerçait aucune activité pour le compte de cette dernière.
45. Ces écritures ont été communiquées aux parties n'en étant pas les auteurs.

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 (LCA - RS 221.229.1). Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors), qui a été abrogée au 1^{er} janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En l'occurrence, l'art. 36 des CGA prévoit que le preneur d'assurance et la personne assurée peuvent saisir à leur choix le for ordinaire ou celui de leur domicile en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein. Le demandeur ayant son domicile dans le canton de Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.
3. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC

lorsque - comme c'est le cas dans le canton de Genève (art. 134 al. 1 let. c LOJ) – les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011).

4. a. 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).

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

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

c. En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de

fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allégement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 ; ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.3).

En vertu de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

5. Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des prestations en matière d'assurance sociale. Rien ne justifie de ne pas s'y référer également lorsque, comme en l'espèce, une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu. Selon ce principe, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2). S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans

indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références ; cf. également ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_412/2010 du 27 septembre 2010 consid. 3.1).

Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci ; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1). De même, le rapport d'un médecin-conseil de l'assurance a force probante pour autant qu'il soit motivé de manière convaincante, sans contradictions, et qu'il n'y ait aucun élément faisant douter de sa fiabilité. Le simple fait que le médecin consulté soit lié par un rapport de travail à la compagnie d'assurance ne suffit pas encore à douter de son objectivité ni à soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.3). Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle le demandeur sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATA/143/1999 du 2 mars 1999).

6. En l'espèce, il n'est pas contesté que le demandeur a subi une incapacité de travail dès le 25 mai 2016, en considération de laquelle la défenderesse devait lui verser des indemnités journalières après un délai d'attente de 60 jours, ce qu'elle a fait à partir du 24 juillet 2016, sur la base d'un 100 % d'incapacité de travail, jusqu'au 14 novembre 2016. Se fondant sur le rapport du Dr F_____ du 24 octobre 2016, la défenderesse a estimé que le demandeur avait recouvré une capacité de travail de 80 % dès le 15 novembre 2016 (et de 100 % dès le 1^{er} décembre 2016), étant

précisé que les CGA excluaient le versement de telles indemnités en cas d'incapacité de travail inférieure à 25 % (art. 13.2 CGA). Elle a admis le versement d'indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 100 % y compris du 24 octobre au 14 novembre 2016, en dépit du fait que, selon ledit expert, le demandeur était capable de reprendre une activité professionnelle à 50 % « tout de suite » (donc dès le 24 octobre 2016) et jusqu'au 14 novembre 2016.

Le litige porte sur le point de savoir si le demandeur s'est encore trouvé en incapacité de travail, à un taux d'au moins 25 %, dès le 15 novembre 2016, le cas échéant à quel(s) taux et jusqu'à quand. Se fondant sur les avis des Dres D_____ et E_____, le demandeur prétend qu'il a été totalement incapable de travailler encore du 15 novembre 2016 au 31 mai 2017 (soit pendant 198 jours), puis à 50 % du 1^{er} juin au 31 août 2017 (soit pendant 92 jours).

7. a. Il sied de préciser que le rapport du Dr F_____ du 24 octobre 2016 ne constitue pas à proprement parler un rapport d'expertise, dans la mesure où il n'apparaît pas que la défenderesse en a requis et obtenu l'établissement en ayant interpellé le demandeur sur le libellé des questions et sur le choix de l'expert avant l'exécution de cet acte d'instruction. Ce rapport médical n'en est pas dépourvu de toute force probante pour autant, d'autant plus que ledit médecin l'a complété par une prise de position sur les avis médicaux contradictoires exprimés devant la chambre de céans par les Dres D_____ et E_____, complément sur lequel le demandeur a pu se prononcer.

b. Il appert que le rapport médical du Dr F_____ du 24 octobre 2016 comporte, formellement, les points sur lesquels devait porter une évaluation de la capacité de travail du demandeur pour que celle-ci puisse se voir reconnaître du crédit. Il relate en effet l'anamnèse psychosociale et professionnelle du demandeur, son anamnèse psychiatrique, ses plaintes, sa médication, son anamnèse somatique ; il décrit le status psychique du demandeur, indique les résultats des tests psychométriques pratiqués et des analyses de laboratoire ; il pose ensuite un diagnostic, évalue le cas et formule des conclusions sur la capacité de travail du demandeur.

Si la durée précise de l'examen psychiatrique auquel le Dr F_____ a procédé en son cabinet le 18 octobre 2016 n'est pas établie, il est des plus douteux qu'elle n'ait été que de trente minutes (ou même quarante) comme le prétend le demandeur, au vu des nombreuses et détaillées informations collectées par ledit médecin dans l'établissement des anamnèses précitées du demandeur. Au demeurant, la durée de l'examen n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_87/2018 du 5 avril 2018 consid. 3.3 ; ATAS/701/2017 du 22 août 2017 consid. 15 in fine).

c. Matériellement, il apparaît que l'avis du Dr F_____ repose sur une analyse consciencieuse et objective du cas du demandeur.

Ledit médecin a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (F 43.23), qu'en réalité les Dres D_____ et

E_____ ne contredisent guère que dans la mesure où, selon elles, les symptômes justifiant en soi ce diagnostic ont perduré au-delà d'une durée de quelque six mois, estimant qu'il fallait dès lors lui préférer le diagnostic d'épisode dépressif d'une intensité moyenne à forte.

Or, c'est un fait, admis par les psychiatres traitantes du demandeur (de même d'ailleurs que par le médecin du SMR dans le cadre de la procédure AI), que la symptomatologie psychique du demandeur était clairement et uniquement en lien avec ses conflits professionnels et son licenciement, et donc qu'elle était purement réactionnelle ; le demandeur n'avait jamais auparavant consulté de psychiatre, et des membres de sa famille n'avaient pas non plus souffert d'affections psychiques. À cette nature purement réactionnelle, plaidant en faveur du diagnostic posé par le Dr F_____, s'ajoutaient premièrement le fait qu'en dépit de quelques problèmes pour se motiver (en particulier se lever le matin et sortir de chez lui), le demandeur s'était montré capable de respecter une bonne structure journalière, d'assumer certaines tâches administratives, d'entretenir des contacts sociaux et de se lancer dans des activités (recherches d'emploi, voyage aux États-Unis, pratique du tennis, etc.), en second lieu les résultats de tests psychométriques n'attestant au pire que d'une symptomatologie anxio-dépressive d'intensité légère, et troisièmement le fait que le demandeur présentait une blessure narcissique importante, le tout alors qu'il n'était au bénéfice que d'un soutien psychopharmacologique minimal. Aussi le Dr F_____ était-il fondé à retenir, vers la fin octobre 2016, que le demandeur présenterait dès la mi-novembre 2016 une capacité de travail de 80 % (et même de 100 % dès décembre 2016), n'ayant alors plus qu'une symptomatologie anxio-dépressive résiduelle légère (au pire moyenne), et qu'il tirait un net bénéfice secondaire de l'attestation continue d'une totale incapacité de travail.

Il n'y a pas d'élément objectif autorisant à retenir que la symptomatologie du demandeur s'est réellement et durablement péjorée dès novembre 2016, au point d'une part que le diagnostic à retenir ne pouvait plus être celui d'un trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions et d'autre part, indépendamment de cette question de diagnostic, que l'appréciation de la capacité de travail du demandeur devait être différente de celle du Dr F_____, contrairement à ce que les Dres D_____ et E_____ ont déclaré (la première citée seulement pour le mois de novembre 2016). Ces dernières n'ont pu étayer leurs dires sur des tests psychométriques, et elles n'ont pas décrit de symptômes qui n'aient déjà été pris en compte par le Dr F_____. Dans l'intervalle avait en revanche été établi le rapport médical de ce dernier, ressenti négativement par le demandeur en tant qu'il le privait de l'assise médicale requise pour une continuation du versement d'indemnités journalières de la part de la défenderesse. Force est en outre de retenir que les Dres D_____ et E_____ avaient qualité de médecins traitants du demandeur, qualité les rendant enclines, du fait de la relation de confiance s'étant de ce fait tissée avec lui, à soutenir peu objectivement ses démarches visant à bénéficier de ces prestations au-delà de l'échéance retenue par

la défenderesse sur la base de l'avis du Dr F_____ (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

d. En conclusion, la chambre de céans n'a pas de raison, sur le plan médical, de ne pas suivre l'avis du Dr F_____, dont la pertinence n'est pas remise en cause de façon suffisamment crédible par les avis des Dres D_____ et E_____ pour qu'une expertise, aux résultats au demeurant aléatoires à ce stade, doive être ordonnée.

C'est en conséquence à bon droit que la défenderesse a refusé de verser des indemnités journalières en faveur du demandeur au-delà du 14 novembre 2016.

8. Le demandeur doit être débouté de toutes ses conclusions.
9. Il ne sera pas perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC).

Il ne sera pas alloué de dépens à la charge du demandeur (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]), donc en faveur de la défenderesse, ni, eu égard à l'issue du litige, en faveur du demandeur.

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. Déboute le demandeur de toutes ses conclusions.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Dit qu'il n'est pas alloué de dépens.
5. 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

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) par le greffe le