



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1279/2018

ATAS/770/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 29 août 2019

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à JUSSY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Giuseppe DONATIELLO demandeur

contre

MUTUEL ASSURANCES SA, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY défenderesse

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur) a été employé par B_____ du 13 août 2012 au 31 mai 2017, laquelle était assurée pour la perte de gain maladie de ses employés auprès de Mutuel Assurances SA (ci-après : Mutuel ou la défenderesse).
2. La doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a attesté, par plusieurs certificats médicaux successifs, que l'assuré a été en incapacité de travailler à 100% dès le 12 décembre 2016, à 50%, du 1er février au 13 mars 2017, puis à 100% jusqu'au 24 septembre 2017 et à 50% jusqu'au 25 octobre 2017.
3. Le 17 mars 2017, la Dresse C_____ a informé Mutuel que l'assuré souffrait d'un état anxio-dépressif depuis novembre-décembre 2016 et qu'il n'était pas en mesure de sortir de chez lui.
4. Le 29 mars 2017, le docteur D_____, médecin-conseil de Mutuel, a informé celle-ci que la reprise d'un travail ne pouvait être exigée de l'assuré et qu'il conviendrait d'ordonner une expertise psychiatrique si l'assuré ne reprenait pas progressivement le travail d'ici à mi-avril 2017.
5. Le 4 mai 2017, Mutuel a demandé une expertise à la clinique Corela, laquelle a été effectuée par le docteur E_____, psychiatre, qui a conclu que l'assuré était atteint d'un trouble de l'adaptation et qu'il était apte à reprendre une activité professionnelle à 100% dès le 1er juin 2017.
6. L'assuré a été licencié le 31 mai 2017. Il a formé opposition à ce congé le 23 mai 2017. Les rapports de travail ont pris fin le 31 mai 2017 et l'assuré est resté assuré contre la perte de gain auprès de Mutuel jusqu'à la fin du mois d'octobre 2017.
7. Le 29 juin 2017, Mutuel a informé l'assuré que l'expert estimait qu'il était totalement capable de travailler dans son domaine d'activité dès le jour de l'examen, soit le 22 mai 2017. Pour garantir les meilleures chances de reprises, il recommandait de prolonger l'incapacité de travail jusqu'au 31 mai 2017, date à laquelle ses rapports de travail avaient été résiliés. Pour soutenir l'assuré dans ses démarches, Mutuel lui verserait exceptionnellement les indemnités journalières jusqu'au 30 juin 2017. Dans ce contexte, un certificat médical n'avait plus la valeur probante suffisante pour justifier une éventuelle poursuite de l'incapacité de travail au-delà de l'échéance précitée. Seul un rapport médical détaillé serait pris en compte par son médecin-conseil pour examiner le bien-fondé d'une telle prolongation. Afin de pouvoir bénéficier des prestations précitées dès le 1er juin 2017, sa couverture d'assurance devait être prolongée à titre individuel avec une cotisation mensuelle à sa charge de CHF 586.85.
8. Le 12 juillet 2017, l'assuré a accepté l'assurance d'indemnités journalières à titre individuel dès le mois de juin 2017. Selon son médecin, il n'était pas en état de reprendre le travail que ce soit en juin ou en juillet. L'expert qu'il avait vu le 22 mai précédent ne lui avait jamais parlé de délai de reprise ou de prolonger son

incapacité de travail au 31 mai 2017. Il s'était limité à des indications vagues hypothétiques.

L'assuré a transmis à Mutuel un rapport établi le 11 juillet 2017 par la Dresse C_____. Celle-ci constatait que l'expert mandaté par Mutuel avait diagnostiqué un trouble de l'adaptation réactionnel suite à la menace de licenciement. Elle contestait ce diagnostic, car les troubles dont souffrait son patient étaient présents bien avant toute menace de licenciement. En effet, il avait subi des pressions travail depuis 2015 ayant engendré une grande angoisse et des moments de déprime. En parallèle, l'assuré présentait des problèmes personnels et familiaux qui engendraient également des idées angoissantes, qui avaient été relativement bien contenues jusqu'en 2016. On avait alors assisté à une lente, mais sûre, dégringolade de l'humeur du patient, qui avait présenté de manière insidieuse des troubles du sommeil ainsi que des angoisses de plus en plus envahissantes qui l'empêchaient de fonctionner. Ceci avait atteint son paroxysme en décembre 2016 où le patient avait été absolument incapable de tout fonctionnement normal tant dans sa vie professionnelle que privée. À ce moment-là, il n'était pas encore question d'un licenciement, mais plutôt d'une ambiance de travail difficile sur un terrain psychique fragilisé, qui était mis à mal par des relations de travail extrêmement conflictuelles. La Dresse C_____ avait alors décidé de le mettre en arrêt de travail à 100% et d'introduire un traitement antidépresseur à doses croissantes ainsi qu'un soutien psychothérapeutique. La réception par l'assuré de sa lettre de licenciement, au mois de mars 2017, avait empiré sa situation au niveau psychique. L'incapacité de travail pour épisodes dépressifs était préexistante à toute menace de licenciement et l'assuré n'était, actuellement, pas à même de reprendre une activité.

9. Le 26 juillet 2017, Mutuel a sollicité l'avis de l'expert suite au rapport médical établi par la Dresse C_____ le 11 juillet 2017.
10. Le 23 août 2017, l'expert a indiqué avoir considéré que le licenciement du mois de mars 2017 n'avait pas été le déclencheur de la symptomatologie psychique à l'origine de la capacité travail de l'assuré, ce qui signifiait qu'il y avait eu des moments d'anxiété et de déprime préalables ayant valu des consultations auprès de sa consœur. Il rejoignait ainsi cette dernière lorsqu'elle évoquait que le diagnostic était antérieur au licenciement. Ce dernier constituait donc un facteur de stress psychosocial venu s'ajouter au tableau clinique et non l'élément déclencheur de la symptomatologie psychique. Selon le médecin traitant, l'annonce de fin de contrat de travail au mois de mars 2017 avait empiré la situation au niveau psychique. Cette aggravation ne pouvait pas être qualifiée de catastrophique, puisqu'à ce moment-là aucune modification thérapeutique n'avait été effectuée. Il n'y avait pas eu de changement de traitement ni d'instauration d'un suivi spécialisé. La péjoration décrite pouvait donc être considérée comme ponctuelle, l'intéressé ayant de lui-même évoqué, lorsqu'il avait vu, avoir ressenti une très nette amélioration de son état dès le mois d'avril suivant. La Dresse C_____ montrait avoir à cœur de

soutenir son patient, mais elle ne restait pas dans son champ de spécialité en retenant un diagnostic d'épisode dépressif et en contestant le sien. En l'absence d'éléments médicaux nouveaux et probants, l'expert confirmait ses précédentes conclusions.

11. L'assuré a déposé, le 19 avril 2018, une demande en paiement à la chambre des assurances sociales concluant, préalablement, à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée et, principalement, à la condamnation de Mutuel à lui payer CHF 35'039.80, avec intérêts à 5% l'an dès le 29 août 2017, correspondant aux indemnités journalières auxquelles il estimait avoir droit pour la période courant du mois de juillet au mois d'octobre 2017, avec suite de dépens. Il alléguait avoir subi, dès 2015, du mobbing de son employeur et avoir eu en parallèle des problèmes familiaux et avoir été de ce fait incapable de travailler du 12 décembre 2016 au 1^{er} février 2017, puis à 50% du 1^{er} février au 12 mars 2017. Son état s'était ensuite péjoré à nouveau, il avait été encore en totale incapacité de travailler du 13 mars au 24 septembre 2017, puis à 50% jusqu'au 25 octobre 2017, date à laquelle il avait récupéré une pleine capacité de travail.
12. Le 29 août 2017, le docteur F_____, médecin-conseil psychiatre de Mutuel, a confirmé la décision de limitation du droit de l'assuré aux prestations, considérant que le dernier certificat médical fourni le 11 juillet 2017 par son médecin traitant n'apportait pas d'élément nouveau.
13. Mutuel a maintenu sa décision de mettre fin aux versement des indemnités à l'assuré le 30 juin 2017, par courrier du 5 septembre 2017.
14. Le 12 janvier 2018, l'assuré a résilié son assurance perte de gain pour le 1^{er} novembre 2017.
15. Le 24 janvier 2018, Mutuel a confirmé à l'assuré la résiliation de la couverture d'assurance collective d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail au 31 octobre 2017.
16. Lors d'une audience le 27 février 2019 :
 - a. La chambre de céans a enjoint le demandeur à s'exprimer sur son litige avec son employeur et ordonné l'apport à la procédure des pièces relatives à ce sujet, celui-ci ayant indiqué qu'il ne pouvait s'exprimer à ce sujet qu'à cette condition, en raison d'une clause de confidentialité, et qu'il souhaitait le faire.
 - b. Le demandeur a déposé en conséquence des pièces complémentaires. Il a indiqué avoir été employé par B_____ du 13 août 2012 au 31 mai 2017 et qu'il avait été mis à l'écart sur son lieu de travail sur le plan géographique. On l'avait séparé de l'équipe avec laquelle il travaillait. Il avait été engagé en 2012 comme directeur. En quatre ans, il avait eu quatre directeurs de campus différents. C'était avec l'arrivée de la quatrième personne que cela avait commencé à se dégrader. Il était directeur du marketing, sous l'autorité du directeur de campus. Il devait en principe faire partie de l'équipe de management, mais la quatrième directrice du campus l'en avait

éloigné. Elle était arrivée vers l'automne 2015. Il avait déjà des problèmes avant son arrivée au travail et sur le plan personnel. Il avait été en incapacité de travail à 100% dès décembre 2016. Son médecin généraliste ne l'avait pas adressé à un psychiatre, car il était suivi par un psychothérapeute depuis trois ou quatre ans déjà et avait intensifié ce suivi dès janvier 2017, avec des séances individuelles et de groupes. Vers février 2016, on l'avait séparé spatialement de son équipe, au départ pour un mois, mais cela avait duré neuf mois. Au milieu des neuf mois, en avril, il avait sollicité un entretien avec sa directrice pour parler de son état et du fait que cela ne pouvait plus continuer. Il avait cru avoir été entendu par elle, mais à partir de là, elle ne lui avait quasiment plus parlé. Elle n'avait pas donné suite à ses demandes d'entretien pour parler de certains projets. Il n'avait plus été convoqué aux réunions et on lui avait retiré ses tâches petit à petit. Son problème était lié essentiellement à la directrice et pas à ses autres collègues, même si certains avaient fait alliance avec la directrice. On ne lui avait pas souhaité son anniversaire alors que c'était l'usage. On ne l'avait pas non plus invité au déjeuner de Noël qui avait été organisé par la directrice. Il n'avait pas reçu de critiques de cette dernière sur son travail ou son attitude. Elle avait signé un certificat de travail intermédiaire positif à son sujet en septembre 2016.

Il n'aimait pas le Cipralex en raison de ses effets secondaires. La Dresse C _____ ne lui avait pas donné de choix et il avait confiance en elle. Il avait eu de gros problèmes de sommeil avec ce médicament. Son but était de reprendre le travail, car il était un bosseur. Il avait repris le travail à 50%. Comme il n'allait pas bien, la Dresse C _____ lui avait prescrit du Cipralex (20 mg). Dix jours plus tard environ, il avait été licencié. Il avait contesté son licenciement et un accord avait finalement été trouvé.

Il avait été surpris que l'expert ne soit pas généraliste, mais psychiatre, et qu'il l'ait entendu presque trois heures, mais il n'avait pas de problème avec cela au final. Il s'était senti à l'aise et écouté par l'expert. Il avait parlé de sa famille et de son travail. Il ne critiquait pas le fait d'avoir eu dix à quinze minutes pour remplir le questionnaire d'auto-évaluation avant l'entretien avec l'expert. En revanche, il avait été surpris que ce questionnaire porte sur son état au moment même et les quinze jours précédents. Il aurait été plus pertinent d'évaluer son état sur les trois ou quatre mois auparavant. Lorsqu'il avait fait le test, il était boosté à fond par le Cipralex et ne se trouvait plus dans l'environnement toxique du travail. Il n'avait pas lu la version finale de l'expertise, sur les conseils de son médecin, qui pensait que cela pourrait l'affecter. Le Dr E _____ lui avait demandé ce qu'il ferait si une excellente opportunité de travail lui était offerte et il avait répondu qu'il serait très tenté, mais qu'il aurait peur de trébucher, car il était encore très fragilisé. Il avait repris le travail au début du mois de décembre à 100%, après quatorze mois de chômage. Il était directeur de la communication. Cela se passait bien, mais il se sentait encore fragile, plus que nécessaire. Il avait des séquelles, qui n'étaient pas toutes négatives, puisqu'il avait développé énormément d'empathie. Il s'émouvait

beaucoup et ne supportait plus le bruit. Il avait touché le chômage du 24 septembre au 25 octobre 2017 à 50%, puis à 100% depuis lors, quatorze mois en tout environ. Il ne sentait pas capable de travailler tout le printemps et l'été 2017, même s'il le souhaitait. Il avait contesté les conclusions du Dr E_____ avant la médiatisation des problèmes de la clinique Corela. Il n'essayait pas de profiter d'une faiblesse du système.

c. Le conseil du demandeur a précisé que l'indemnité touchée par celui-ci dans le cadre de sa conciliation avec l'employeur correspondait à une indemnité pour licenciement abusif équivalent à environ trois mois de salaire.

d. La représentante de la défenderesse a déclaré qu'elle ne s'opposait pas à l'audition de la Dresse C_____, mais qu'elle doutait de son utilité. Elle s'opposait en revanche à ce qu'une nouvelle expertise soit ordonnée. Il n'y avait pas eu deux versions du rapport d'expertise, mais l'expert avait d'abord délivré une communication sur la capacité de travail le 22 mai 2017, ce qui était l'usage à l'époque avec la clinique Corela. Elle relevait qu'à teneur du rapport d'expertise, l'expert avait évoqué la reprise du travail avec l'expertisé, qui s'en était dit capable, mais vu les angoisses exprimées, l'expert avait préconisé le maintien de l'incapacité de travail jusqu'à fin mai 2017, pour favoriser la reprise professionnelle. Mutuel avait travaillé régulièrement avec le Dr E_____, avec lequel elle avait eu de bonnes expériences. Elle estimait que son expertise était probante. Mutuel ne contestait pas que le demandeur n'avait pas été apte à travailler ni les difficultés de sa situation, mais malgré cela, elle estimait qu'il pouvait reprendre le travail dès le 30 juin 2017 et qu'il devait saisir des opportunités de travail sur la base des rapports d'expertise d'un psychiatre.

17. Le 8 août 2019, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une mission d'expertise au docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et leur a octroyé un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'expert et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
18. Par écriture du 26 août 2019, le demandeur a indiqué qu'il ne connaissait pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert et qu'il n'avait pas de commentaires sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
19. Par écriture du 27 août 2019, la défenderesse a informé la chambre de céans qu'elle n'avait aucun motif de récusation de l'expert et que le questionnaire proposé à ce dernier lui apparaissait complet et n'appelait aucun commentaire particulier de sa part.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1).

Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA.

La chambre de céans est a priori compétente à raison de la matière pour juger du cas d'espèce.

2. L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1^{er} janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre une personne morale, le for est celui de son siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'occurrence, l'art. 33 ch. 2 des conditions générales d'assurance (CGA), Couverture collective d'une indemnité journalière maladie selon la LCA prévoit qu'en cas de contestations, le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux du siège de l'assureur. Si le preneur d'assurance ou l'ayant droit est domicilié à l'étranger, le siège de l'assureur est le for exclusif.

Le demandeur ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est a priori 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 les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).
4. Le litige porte sur le droit du demandeur à des indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail de 100 % du 1^{er} juillet au 24 septembre 2017, puis à 50% jusqu'au 25 octobre 2017.
5. Selon la police d'assurance liant B_____ à Mutuel, la couverture d'assurance perte de gain maladie prévoit le versement d'une indemnité journalière en cas de maladie à hauteur de 80% du salaire assuré durant 730 jours, avec un délai d'attente de 30 jours par incapacité.

L'art. 3 ch. 1 CGA prévoit que par maladie, on entend toute atteinte involontaire à la santé physique ou mentale, médicalement et objectivement décelable, qui n'est

pas due à un accident ou à ses suites et qui exige un examen, un traitement médical ou engendre une incapacité de travail.

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 ou mentale (art. 3 ch. 5 CGA).

Selon l'art. 4 ch. 5 CGA, l'assureur alloue les indemnités journalières jusqu'à concurrence de la couverture prévue dans la police, basée sur un salaire annuel maximal de CHF 250'000.- par personne.

6. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

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

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 133 III 323 consid. 4.1 non publié; 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; ATF 118 II 142 consid. 3a). 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).

7. En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

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

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).

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).

Le principe de la libre appréciation des preuves est ancré à l'art. 157 CPC, qui dispose que le tribunal établit sa conviction par une libre appréciation des preuves administrées. Malgré ce qui précède, l'art. 168 al. 1 CPC énumère les moyens de preuve admissibles : il s'agit du témoignage, des titres, de l'inspection, de l'expertise, des renseignements écrits, de l'interrogatoire et de la déposition de partie. Cette énumération est exhaustive, le droit de la procédure civile institue ainsi un *numerus clausus* des moyens de preuve. Cela semble à première vue contredire les principes fondamentaux que sont le droit à la preuve et sa libre appréciation, mais la sécurité et l'équité requièrent que la loi détermine clairement quand et par quel moyen la preuve peut être rapportée (Message du Conseil fédéral relatif au code de procédure civile suisse du 28 juin 2006, FF 2006 I p. 6929).

L'expertise en tant que moyen de preuve admis au sens de l'art. 168 al. 1 let. d CPC ne vise que l'expertise judiciaire au sens de l'art 183 al. 1 CPC. Une expertise privée n'est en revanche pas un moyen de preuve mais une simple allégation de partie (ATF 141 III 433 consid. 2.5.2 et 2.5.3). Lorsqu'une allégation de partie est contestée de manière circonstanciée par la partie adverse, une expertise privée ne suffit pas à prouver une telle allégation. En tant qu'allégation de partie, une expertise privée peut, combinée à des indices dont l'existence est démontrée par des moyens de preuve, amener une preuve. Toutefois, si elle n'est pas corroborée par des indices, elle ne peut être considérée comme prouvée en tant qu'allégation contestée (arrêt du Tribunal fédéral 4A_626/2015 du 24 mai 2016 consid. 2.5).

Du point de vue probatoire, un rapport médical est une simple expertise privée qui n'est selon la jurisprudence pas un moyen de preuve mais une simple allégation (ATF 132 III 83 consid. 3.4 ; ATF 140 III 24 consid. 3.3.3).

8. En l'espèce, le demandeur a produit à l'appui de sa demande un rapport médical de son médecin traitant, lequel ne suffit pas à démontrer de façon suffisante une incapacité de travail jusqu'à fin octobre 2017, pour une cause psychique, dès lors qu'il n'a pas été établi par un spécialiste dans cette discipline. S'agissant de l'expertise du Dr E_____, sa valeur probante est relative. En effet, les expertises émanant des médecins de la clinique Corela ont, de manière générale, peu de valeur probante, suite aux constats faits sur le fonctionnement de cette dernière ayant conduit à un retrait de l'autorisation d'exploitation temporaire (arrêt du Tribunal fédéral 2C_32/2017 du 22 décembre 2017; ATF 144 V 258).

Aucune des pièces médicales au dossier n'emportant conviction, il se justifie de donner suite à la demande d'expertise formulée par le demandeur laquelle sera confiée au docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A_____.
2. Commet à ces fins le docteur G_____ spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 1. prendre connaissance du dossier de la cause ;
 2. si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré ;
 3. examiner et entendre l'assuré, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
 4. si nécessaire, ordonner d'autres examens.
4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant :
 1. une anamnèse détaillée.
 2. les plaintes et données subjectives de la personne.
 3. un status clinique et des constatations objectives.
 4. les diagnostics selon la classification internationale.
5. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
 1. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
 2. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
 3. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
 4. Les plaintes sont-elles objectivées ?
 5. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assuré).
 6. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de

soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

7. Dans l'affirmative, cela suffit-il à exclure une atteinte à la santé significative ?
8. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
9. L'assuré a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
10. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
11. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
12. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
13. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?
14. De quelles ressources mobilisables l'assuré dispose-t-il ?
15. Quel est le contexte social ? L'assuré peut-il compter sur le soutien de ses proches ?
16. Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assuré à reconnaître sa maladie ?
17. Dans l'ensemble, le comportement de l'assuré vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?
18. Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position.
19. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré, en pourcent :
 - a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.
20. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.

21. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.
 22. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
 23. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
 24. Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr E_____, expert de la clinique Corela (rapports des 21 juin et 23 août 2017) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.
 25. Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dresse C_____ (rapport du 11 juillet 2017)? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.
 26. Faire toute remarque utile.
6. Invite l'expert à déposer dans les meilleurs délais un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
 7. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le