

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1794/2011

ATAS/1012/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1^{er} novembre 2011

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur O _____, domicilié au LIGNON, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Sandra FIVIAN
DEBONNEVILLE

recourant

contre

SWICA ASSURANCE-MALADIE SA, sise Römerstrasse 38,
8401 Winterthur

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur O _____ (ci-après l'assuré), né en 1957, travaille en tant que courtier indépendant. Il a conclu avec SWICA ORGANISATION DE SANTÉ (ci-après l'assurance) une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie et d'accident prenant effet le 1^{er} mars 2010 et donnant droit à 730 indemnités couvrant la totalité du salaire assuré de 72'000 fr. annuels par cas, sous déduction d'un délai d'attente de 14 jours.
2. Le 30 mars 2010, l'assuré a indiqué à l'assurance qu'il était en incapacité de travail pour maladie depuis le 24 mars. Il a joint à sa déclaration un certificat du Dr A _____, attestant d'une incapacité de travail totale pour un mois dès le 24 mars 2010.
3. L'assurance a pris en charge le cas, en versant des indemnités journalières de 197 fr. 25 à l'expiration du délai d'attente.
4. Le Dr A _____ a prolongé l'incapacité de travail totale pour un mois dès le 24 avril 2010.
5. Le Dr B _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a été mandaté par l'assurance pour expertise. Après avoir rencontré l'assuré le 5 mai 2010, ce médecin a rendu son rapport le 14 mai 2010, en soulignant qu'il ne disposait pas du dossier médical de l'assuré. Dans le cadre de l'anamnèse, l'assuré, qui vit seul, a relaté son parcours personnel et professionnel en se plaignant d'avoir été constamment sous stress et sous pression, dans un milieu très difficile et marqué par la concurrence. Il avait présenté une tachycardie importante au début du mois de mars 2010. Une consultation de cardiologie s'étant révélée normale, son généraliste l'avait adressé à un psychiatre. L'assuré a évoqué un grand problème de concentration et un sentiment d'épuisement, ainsi qu'une tension interne, une nervosité et des symptômes d'anxiété. Il présentait également un trouble du sommeil. S'agissant des médicaments administrés, il ne pouvait se prononcer sur leur effet puisqu'il ne les prenait que depuis deux jours. Lors du status, l'expert a constaté que l'attention et les capacités de concentration étaient intactes, de même que les fonctions mnésiques. Le cours de la pensée était organisé, bien que son contenu soit fixé sur la souffrance actuelle et les injustices subies au plan professionnel. Aucun élément de la lignée psychotique, trouble du moi ou phénomène de dépersonnalisation n'a été mis en évidence par le médecin. La thymie ne semblait que légèrement déprimée, l'assuré exprimant avant tout une certaine colère et une grande blessure narcissique en décrivant sa situation au travail, qu'il qualifiait d'inadmissible et de malsaine en se déclarant victime de mobbing. La motricité était dans la norme, la psychomotricité très vive. L'assuré était compliant. L'expert a également fait passer des tests psychométriques à l'assuré. L'échelle de dépression d'Hamilton a révélé un état dépressif léger (14 points sur 52), de même que l'échelle de dépression

M.A.D.R.S (17/60 points). A l'issue de ces examens, le Dr B_____ a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation et d'autres émotions (F 43.23), ayant des répercussions sur la capacité de travail et existant depuis le début de l'année 2010, ainsi que de personnalité avec des traits narcissiques et émotionnellement instables et impulsifs accentués, sans incidence sur la capacité de travail. L'expert a souligné que l'assuré considérait que ses symptômes psychiques ne seraient pas survenus si son contexte professionnel n'avait pas été difficile, raison pour laquelle le diagnostic de trouble de l'adaptation semblait justifié. Il a également exposé que selon la Classification internationale des maladies (CIM-10), la durée d'un tel trouble était de six mois et de deux au maximum dans le cas d'une réaction dépressive prolongée, période durant laquelle un patient à la personnalité intacte devait pouvoir s'adapter à la nouvelle situation de manière efficace. Ce trouble pouvait cependant déboucher sur la persistance d'un état chronique sous forme de trouble anxieux et dépressif mixte, de dysthymie ou de trouble somatoforme en cas de persistance de facteurs de stress. Dans la situation de l'assuré, les tensions au lieu de travail étaient le facteur de stress principal, auquel s'ajoutaient une pression et un stress lié aux spécificités de sa profession. Ces facteurs de stress persistaient car l'assuré était indépendant. La guérison d'un trouble de la personnalité dépendait de la structure de la personnalité pré-morbide. Or, malgré les traits narcissiques et l'instabilité émotionnelle de l'assuré, il n'y avait pas de vrai trouble de la personnalité selon la CIM-10, puisque ce dernier avait eu un bon fonctionnement psychosocial durant des années et des relations professionnelles et sociales stables sans souffrance psychique l'amenant à consulter un psychiatre. Malgré cela, la blessure narcissique de l'assuré expliquait sa capacité d'adaptation affaiblie, ayant pour conséquence la persistance de certains de ses symptômes. La conviction d'être victime de grandes injustices, de mobbing et le besoin de se sentir reconnu dans sa maladie n'étaient cependant pas des facteurs liés à la maladie, qui seuls devaient être examinés dans le cadre de l'expertise, laquelle avait pour but de déterminer si l'assuré était capable de travailler en mobilisant toute sa bonne volonté afin de surmonter ses troubles psychiques. Or, l'assuré était capable malgré ses troubles de maintenir un certain rythme et un programme régulier, notamment en accomplissant ses tâches ménagères et en s'adonnant à de longues promenades à l'extérieur. Il était autonome et parvenait à gérer ses tâches administratives. La symptomatologie anxio-dépressive encore présente était légère selon l'impression clinique et les échelles psychométriques, et l'état de l'assuré était avant tout marqué par sa grande colère, sa demande de reconnaissance ainsi que son impulsivité. Sa prise en charge psychiatrique et médicamenteuse semblait adéquate, la compliance devant être contrôlée. En conséquence, l'expert a conclu qu'une activité professionnelle était à nouveau exigible dès le 1^{er} juin 2010 au plus tard à 50 % au moins, puis à 100 % dès le 1^{er} juillet 2010, les difficultés liées aux conditions de travail n'ayant pas à être prises en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail.

6. Par certificat du 17 mai 2010, le Dr C _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a attesté que l'assuré était incapable de travailler pour un mois dès le 17 mai 2010. Il a prolongé l'arrêt de travail d'un mois par certificat du 17 juin 2010.
7. Par courrier du 4 juin 2010, l'assurance a informé que conformément aux conclusions du Dr B _____, elle réduirait les indemnités journalières à 50 % dès le 15 juin 2010, et les supprimerait dès le 1^{er} juillet 2010.
8. Dans son rapport du 12 juin 2010, le Dr C _____ a indiqué que l'assuré lui avait été adressé pour prise en charge d'un état dépressif récurrent, et que ce dernier imputait ses troubles à de multiples chocs émotionnels tels que problèmes administratifs, ruptures sentimentales, décès de sa mère et de son frère, licenciement abusif et abus de confiance. Il souffrait d'anxiété et d'angoisses massives, avec des manifestations somatiques entraînant une baisse de la concentration et de l'attention, ainsi que de troubles du sommeil. Il avait présenté durant sa jeunesse des troubles psychiques de type dépressif associés à des états d'anxiété pouvant être mis sur le compte d'un trouble dépressif récurrent. L'anxiété marquée se manifestait par une tension intérieure, des sentiments hostiles, une hypochondrie, une inquiétude pour des riens et parfois des phobies, des pleurs, une hyperréactivité, une difficulté de concentration, une tristesse, une baisse de l'humeur accompagnée par une sensation de perte de l'indépendance et de l'image de soi. Le Dr C _____ en a conclu que l'assuré présentait un état dépressif récurrent associé à des états d'anxiété. L'ensemble des troubles psychiques influençait de manière négative sa capacité de travail, et le rendement de l'assuré était faible sans mesure appropriée. Les troubles de l'humeur ne lui permettaient pas d'exercer une activité professionnelle et son incapacité de travail était totale. Il était important que l'assuré puisse bénéficier d'une prise en charge thérapeutique afin d'éviter une surcharge de stress, cette mesure permettant une stabilité à long terme et une amélioration du fonctionnement social et professionnel. La situation de l'assuré était assez compliquée avec d'importantes préoccupations concernant son avenir professionnel et social.
9. L'assurance a soumis le rapport du Dr C _____ à son médecin-conseil, le Dr D _____. Celui-ci s'est déterminé sur son contenu le 25 juin 2010, indiquant qu'il n'apportait pas d'éléments médicaux susceptibles de modifier les conclusions de l'expert.
10. L'assurance a indiqué à l'assuré par courrier du 30 juin 2010 que compte tenu de l'avis de son médecin-conseil, sa position restait inchangée.
11. Dans un certificat du 7 juillet 2010, le Dr E _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a attesté avoir vu deux fois l'assuré pour un épisode dépressif d'intensité sévère. L'assuré présentait une thymie triste, des troubles de la concentration, des troubles de la mémoire avec des oublis, des troubles du sommeil, une fatigue et une

fatigabilité importantes. Il ruminait constamment et était agressif et irritable. Il se sentait parfois persécuté et avait perdu son appétit. Il avait un sentiment d'injustice, une mauvaise image de lui et était pessimiste. Il était isolé socialement, et avait de la peine à prendre son traitement pharmacologique. Ce médecin a ajouté que le tableau clinique semblait s'être aggravé par rapport à celui décrit par le Dr C_____ dans son rapport du 12 juin 2010, et son incapacité de travail restait totale.

12. Par courrier du 9 juillet 2010, l'assuré, par son mandataire, a contesté l'appréciation du Dr B_____ en rappelant que le rapport du Dr C_____ du 12 juin 2010 confirmait une incapacité de travail totale. L'assuré avait été examiné dans l'intervalle par le Dr E_____, lequel considérait qu'il présentait un état dépressif d'intensité sévère entraînant une incapacité de travail totale et constatait une aggravation. Il a demandé à l'assurance de se déterminer sur ces nouveaux certificats.
13. Le 15 juillet 2010, l'assurance a soumis le rapport du Dr E_____ au Dr B_____, et lui a demandé si ce document modifiait ses conclusions. Celui-ci a répondu le 19 juillet que le Dr E_____ faisait état des mêmes symptômes que ceux qu'il avait relevés. Il comprenait mal que le traitement médicamenteux n'ait pas été modifié en dépit de l'aggravation alléguée. La situation de l'assuré était avant tout influencée par ses traits de personnalité accentués et certains dysfonctionnements non liés à la maladie, ainsi que par sa situation sociale et financière difficile. Ces facteurs n'avaient pas à entrer en considération dans l'évaluation de la capacité de travail, raison pour laquelle le Dr B_____ a maintenu ses conclusions. Il a toutefois précisé qu'il n'avait pas eu connaissance du rapport du Dr C_____ mentionné dans celui du Dr E_____, ajoutant qu'il était typique d'une personnalité telle celle de l'assuré de changer de psychiatre dès qu'il n'était pas d'accord avec l'évaluation d'un médecin.
14. Le 27 juillet 2010, l'assurance a confirmé au mandataire de l'assuré qu'elle persistait dans sa position au vu de l'avis du Dr B_____.
15. Le 28 juillet 2010, le Dr E_____ a attesté d'une incapacité de travail totale du 1^{er} au 31 août 2010.
16. Par courrier du 8 septembre 2010, l'assuré a contesté les conclusions du Dr B_____ et indiqué qu'une deuxième expertise était nécessaire. Il a requis de l'assurance qu'elle se détermine sur cette possibilité en soulignant qu'à défaut d'accord, il saisirait les tribunaux pour demander la nomination d'un expert neutre.
17. Par courriel du 13 septembre 2010, l'assurance a communiqué à l'assuré qu'elle était prête à reconsidérer sa position sur la base d'une nouvelle expertise mise en œuvre par l'assuré, qu'elle soumettrait alors à son médecin-conseil.

18. Le Dr E_____, dans un certificat du 27 septembre 2010, a attesté que l'assuré était suivi à sa consultation depuis le 29 juin 2010 pour un trouble dépressif sévère ayant débuté au mois de mars 2010. Sa thymie s'était progressivement détériorée, entraînant des troubles de la mémoire et de la concentration, des émotions et de sa vie relationnelle (isolement social). Il présentait de plus par moments des troubles de la perception avec déréalisation, sans que des symptômes psychotiques ne soient constatés. Les démarches administratives nécessaires pour faire valoir ses droits l'épuisaient et l'empêchaient de consacrer du temps à son état de santé. Elles entravaient son traitement psychiatrique, bien qu'il respecte ses rendez-vous médicaux et prenne convenablement les médicaments prescrits. Son score à l'échelle de Hamilton était de 34, et sa capacité de travail restait nulle.
19. Le 14 octobre 2010, le Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a établi un rapport à la demande de l'assuré qu'il a rencontré à trois reprises. Il a procédé à un rappel anamnestique, en reprenant pour l'essentiel le rapport d'expertise du Dr B_____. S'agissant des plaintes de l'assuré, elles étaient identiques à celles rapportées par le Dr B_____, et concernaient avant tout une fatigue importante l'amenant à négliger ses soins quotidiens. L'assuré a également évoqué des phénomènes de palpitations, d'oppression respiratoire et de transpiration, ainsi que des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire. Il souffrait également de scapulalgies bilatérales, qu'il imputait à son stress et sa fatigue. Il avait une mauvaise estime de lui, et a fait état de pleurs, que le Dr F_____ n'a cependant pas observés directement. Il a également décrit une irritabilité et une impulsivité. L'assuré a relaté au médecin certaines anecdotes de son quotidien illustrant ses divers troubles. Il a également évoqué une fluctuation de son éprouvé corporel, ce qui pouvait avoir été interprété comme des épisodes de dépersonnalisation par le Dr E_____, diagnostic que le Dr F_____ n'a toutefois pas confirmé. En conclusion, ce spécialiste a repris le diagnostic du Dr B_____. Il a noté que la non rémission et l'aggravation de la symptomatologie posaient la question de la compliance et des ressources adaptatives dans le cadre d'un éventuel trouble de la personnalité, en notant que les éléments décrits plaidaient pour une aggravation et que la survenance d'éléments nouveaux justifiait la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.
20. Dans son courrier du 4 novembre 2010, l'assuré, se référant aux rapports du Dr E_____ et du Dr F_____, a affirmé que les conclusions du Dr B_____ ne pouvaient être suivies. Sa situation s'était en effet aggravée et l'échelle de Hamilton révélait un score très élevé. Sa capacité de travail restait nulle et la reprise d'une activité lucrative n'était pas possible, raisons pour lesquelles il a demandé la reprise du versement d'indemnités journalières en tout cas jusqu'à fin octobre 2010. Il y avait également lieu de déterminer par un complément d'expertise quand une reprise du travail pourrait être envisagée.

21. Dans son rapport du 11 novembre 2010, le Dr B _____ a pris position sur les rapports des Dr E _____ et F _____. Il a relevé que ceux-ci décrivaient les mêmes symptômes que ceux qu'il avait constatés. S'agissant du trouble de la personnalité, il exigeait selon la CIM-10 une attitude et un comportement nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs de fonctionnement, comme l'affectivité, la sensibilité, le contrôle des impulsions, la manière de percevoir ou de penser et le mode de relation à autrui. Ce mode de comportement devait être durable, et non limité à des épisodes de maladie mentale, il devait de plus apparaître dans l'enfance ou l'adolescence. Ces critères n'étaient pas remplis chez l'assuré, qui avait jusque-là eu des relations professionnelles et sociales stables. Pour ce motif, il n'y avait pas de trouble de la personnalité mais des traits accentués, qui ne constituaient pas une maladie psychique. Ni le Dr F _____ ni le Dr E _____ ne s'étaient prononcés sur la grande influence des facteurs externes non liés à la maladie, alors que la situation professionnelle de l'assuré était délicate et qu'une incapacité de travail lui procurait un net bénéfice secondaire. Compte tenu de ces éléments, le Dr B _____ a confirmé les conclusions de son expertise.
22. Le 15 novembre 2010, l'assurance a confirmé à l'assuré qu'elle ne reprendrait pas le versement d'indemnités journalières.
23. Par courrier du 16 décembre 2010, le Dr E _____ a contesté la détermination du Dr B _____ du 11 novembre 2010. Il a exposé que contrairement à ce qu'affirmait ce dernier, leurs constatations n'étaient pas identiques puisqu'il avait évoqué un score à l'échelle de Hamilton bien supérieur à celui retenu par l'expert. Il a noté qu'un trouble de la personnalité nécessitait en principe plusieurs entretiens pour être diagnostiqué, et qu'il était possible que cette atteinte puisse influencer les performances sociales et interpersonnelles de l'assuré, qui ne pouvait dès lors faire d'effort de volonté. Il était regrettable que le Dr B _____ persiste dans ses conclusions malgré ses rapports et ceux du Dr C _____, et du Dr F _____, qui tous constataient une aggravation. De plus, le non versement d'indemnités journalières ne faisait que retarder le rétablissement de l'état de santé de l'assuré, raison pour laquelle le Dr E _____ a préconisé qu'elles soient servies.
24. Par courrier du 10 mai 2011, l'assuré a souligné qu'il avait fait procéder à une expertise privée par le Dr F _____, lequel avait retenu un diagnostic de troubles de l'adaptation avec prédominance de la perturbation des autres émotions (F 43.23), similaire à celui posé par le Dr B _____, en confirmant la persistance et l'aggravation de la symptomatologie. Ce n'était dès lors pas "un médecin-conseil neutre" qui avait évalué le nouveau rapport d'expertise mais le premier expert, qui défendait sa position. Les prises de position du Dr B _____ du 15 juillet et du 8 novembre 2010 étaient dès lors contestées. Celui-ci avait d'ailleurs pris position dans un délai très bref, et n'avait pas connaissance du rapport du Dr C _____, dont le contenu était pourtant essentiel. Il relevait en effet que l'assuré avait présenté durant sa jeunesse des troubles psychiatriques de type dépressif associés à

des états d'anxiété pouvant être mis sur le compte d'un trouble dépressif récurrent. Or, selon la doctrine médicale, un trouble de la personnalité survenait durant l'enfance ou l'adolescence, et le Dr B_____, s'y référant, avait considéré à tort que tel n'était pas le cas chez l'assuré. Ce médecin avait également retenu une mauvaise compliance médicamenteuse en tirant une conclusion discutable du rapport du Dr E_____ du 7 juillet 2010, qui signalait que l'assuré avait de la peine à prendre son traitement pharmacologique. Or, dans son rapport du 27 septembre 2010, le Dr E_____ avait fait état de la compliance de l'assuré. Le Dr B_____ n'avait de plus pas noté que le traitement pharmacologique avait été modifié. Son appréciation était dès lors lacunaire. L'assuré a contesté la reprise du travail admise par l'expert deux mois et une semaine après le début de l'incapacité, alors que ce dernier indiquait que cette maladie entraîne généralement une incapacité de travail de six mois à deux ans. Il s'est également défendu d'avoir changé de psychiatre par complaisance, comme le supposait le Dr B_____, qu'il a affirmé être de parti pris. En conséquence, l'assuré a requis de l'assurance le versement des indemnités journalières ou à défaut, la notification d'une décision formelle.

25. Dans son avis du 30 mai 2011, le Dr D_____ a souligné que le rapport du Dr F_____ n'était pas une expertise mais un simple rapport médical. Il considérait les doléances de l'assuré quant aux observations de l'expert dénuées de pertinences.
26. Par courrier du 31 mai 2011, l'assurance a répondu à l'assuré que le rapport du Dr F_____ n'avait pas les caractéristiques d'une expertise médicale et ne discutait pas des conclusions. Partant, sa position demeurait inchangée. Elle n'était cependant pas légalement fondée à rendre une décision.
27. Par demande du 9 juin 2011, l'assuré a conclu, sous suite de dépens, à ce qu'il soit constaté qu'il présentait une incapacité de travail complète depuis le 15 juin 2010 et au versement d'indemnités journalières à 100 % dès cette date, avec intérêts à 5 %, et à titre subsidiaire à la mise en œuvre d'une expertise. Il indique qu'il en est réduit à être assisté par l'Hospice général. Il allègue que les parties étaient convenues qu'une nouvelle expertise privée soit organisée, ce à quoi il a procédé. Après avoir repris les arguments développés dans son courrier du 10 mai 2010, l'assuré affirme que le courrier du Dr E_____ du 16 décembre 2010 illustre les lacunes et les incohérences de l'expert.
28. Dans sa réponse du 8 juillet 2011, l'assurance a conclu, sous suite de dépens, au rejet de la demande. Elle relève qu'elle a versé des indemnités journalières entières jusqu'au 17 juin 2010 puis à 50 % du 18 au 30 juin. Elle allègue que le rapport du Dr B_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante dès lors qu'il satisfait aux exigences de la jurisprudence, et que les appréciations des Drs C_____, E_____ et F_____ ne permettent pas de la remettre

en cause. Le Dr C _____ en particulier a été informé que l'assurance ne reviendrait pas sur sa position et ne s'est plus manifesté, l'assuré ayant par la suite consulté le Dr E _____. Les rapports de ce dernier prennent cependant en compte des facteurs non liés à la maladie. S'agissant de l'incidence de la suspension des prestations sur l'état de santé de l'assuré, alléguée par le Dr E _____, l'assurance relève qu'il est assisté d'un conseil et de l'Hospice général. Par ailleurs, le médecin-conseil de l'assurance a également confirmé les conclusions du rapport du Dr B _____, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Elle s'étonne également de ce que les médecins de l'assuré ne lui aient pas conseillé de s'adresser à l'assurance-invalidité s'ils le considèrent inapte au travail.

29. Copie de cette écriture a été transmise à l'assuré en date du 14 juillet 2011.
30. Sur demande de ce dernier, le chargé de pièces de l'assurance lui a été adressé par la Cour de céans le 2 août 2011.
31. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît des recours contre les décisions du Tribunal administratif de première instance relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA; RS 221.229.1).

Il y a lieu en particulier de noter que la Cour de céans, dans un arrêt du 31 mai 2011 (ATAS/557/2011), a considéré que les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à une procédure de conciliation préalable.

Selon l'art. 90 des conditions générales d'assurance de l'assurance (CGA), le preneur d'assurance et l'assuré peuvent élire à leur choix le for ordinaire ou celui de leur domicile suisse ou dans la principauté du Liechtenstein.

Le demandeur est domicilié dans le canton de Genève, si bien que la compétence de la Cour de céans est ainsi établie.

2. La LCA est applicable à la présente assurance, comme cela ressort de l'art. 1 let. b des CGA.
3. La loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA; RS 961.01) ne contient pas de règles spécifiques concernant les délais

relatifs aux contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés. Par conséquent, la demande est également recevable à la forme.

4. Le litige porte sur le droit du demandeur à des indemnités journalières dès le 17 juin 2010.
5. La LCA ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de sorte que le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties (ATF 4A_92/2010 du 17 mai 2010, consid. 4).

Selon l'art. 3 CGA, est considérée comme une maladie toute atteinte à la santé physique ou psychique non consécutive à un accident exigeant un examen ou un traitement médical ou entraînant une incapacité de travailler.

L'art. 12 CGA prévoit qu'en cas d'incapacité de travail complète de l'assuré médicalement attestée, l'assurance verse l'indemnité journalière convenue dans le contrat. Aux termes de l'art. 13 CGA, en cas d'incapacité de travail d'au moins 25 %, l'indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de cette incapacité de travail.

L'incapacité de travail est définie à l'art. 16 CGA. Aux termes de cette disposition, on entend par incapacité de travail l'inaptitude partielle ou totale de l'assuré à fournir le travail qu'on peut raisonnablement attendre de lui dans sa profession actuelle ou dans son domaine de tâches, cela en raison d'une atteinte à sa santé physique ou psychique. Au bout de trois mois d'incapacité de travailler, l'exercice d'une activité dans une autre profession ou un autre domaine de tâches est envisagé pour l'assuré, cela dans les limites de ce que l'on peut attendre de lui.

Parmi les obligations incombant à l'assuré en cas de maladie, l'art. 54 CGA prévoit que dès le début de la maladie, l'assuré consulte un médecin admis dans les meilleurs délais et veille à recevoir un traitement adéquat. L'assuré se doit de suivre les prescriptions du médecin et du personnel soignant. L'assurance peut demander qu'un examen médical ou une expertise soient pratiqués par un médecin qu'elle aura désigné. Conformément à l'art. 56, si l'assuré se soustrait ou refuse un traitement dont on peut raisonnablement attendre de lui qu'il s'y soumette ou à des mesures de réinsertion dans la vie professionnelle prometteuses d'une amélioration substantielle de sa capacité de gain ou d'une nouvelle possibilité de gain, ou s'il n'y participe pas de son propre chef autant que l'on peut raisonnablement attendre de lui, les prestations qui lui sont allouées pourront être passagèrement ou durablement réduites ou supprimées.

6. a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de

preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351, consid. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c).

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

c) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

d) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431, consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces

dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90, consid. 4b; ATF 122 V 157, consid. 1d).

7. Dans le cas d'espèce, l'expertise réalisée par le Dr B_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle contient en effet une anamnèse, relate les plaintes de l'assuré, et se fonde sur un examen clinique. Ses conclusions sont de plus soigneusement motivées. Ce médecin a en effet pris soin de distinguer les facteurs psychosociaux influençant la capacité de travail de l'assuré et l'atteinte psychique en tant que telle, et a exposé clairement les raisons qui l'avaient conduit à poser le diagnostic retenu.

S'agissant du rapport du Dr C_____, s'il fait certes état d'un état dépressif récurrent, ce diagnostic paraît douteux en l'espèce. En effet, les troubles psychiques de type dépressif que l'assuré aurait présentés durant sa jeunesse ne sont nullement documentés, et on s'étonne que ce dernier ne les ait pas évoqués lors de son entretien avec l'expert, qui a pourtant procédé à son anamnèse personnelle et médicale de manière complète. Pour le surplus, ce rapport évoque les grandes difficultés socioprofessionnelles de l'assuré et les préoccupations qu'elles entraînent, mais n'analyse pas leur éventuelle incidence sur la capacité de travail de l'assuré. A cet égard, on soulignera que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF I 428/03 du 18 novembre 2003, consid. 2.). Si cet arrêt se réfère certes à l'invalidité, il est également applicable *mutatis mutandis* dans le cas d'espèce, dans la mesure où l'incapacité de travail selon les CGA doit être causée par une atteinte à la santé physique ou psychique, ce qui exclut la prise en compte de facteurs étrangers à la maladie. Partant, le rapport du Dr C_____ ne permet pas de renverser les conclusions du Dr B_____.

Quant au rapport du Dr E_____ du 7 juillet 2010, il fait état des mêmes symptômes que ceux dont a tenu compte le Dr B_____, si bien que son appréciation différente – et au demeurant non motivée – de l'état de santé de l'assuré n'est pas suffisante pour revenir sur la valeur probante que revêt le rapport de l'expert. Le Dr E_____ a indiqué le 27 septembre 2010 que l'état de santé de l'assuré s'était détérioré. Cependant, les symptômes qu'il évoque (perturbation de la thymie, troubles de la mémoire et de la concentration, des émotions) ne sont pas nouveaux et ont été pris en considération par l'expert. Si l'isolement social n'a pas été expressément relevé par le Dr B_____, il ressort néanmoins de la description que l'assuré a faite de ses journées. En effet, celui-ci vit seul, il n'a pour l'instant pas de contacts professionnels et ses loisirs semblent consacrés à des balades solitaires. Quant aux troubles de la perception et de la déréalisation, ils n'ont pas été confirmés par le Dr F_____. Il sied de relever que le Dr E_____ semble également tenir compte de facteurs étrangers à l'atteinte psychique dans son appréciation de la situation puisqu'il évoque les difficultés administratives rencontrées par l'assuré. On observera que ses indications semblent à cet égard contradictoires, puisqu'il mentionne des difficultés de l'assuré à suivre son traitement tout en soulignant que celui-ci honore ses consultations et manifeste une bonne compliance au traitement médicamenteux. S'agissant des critiques du Dr E_____ ayant trait au diagnostic de trouble de la personnalité, elles sont sans pertinence. En effet, le Dr B_____ a expliqué de manière convaincante pour quels motifs il avait écarté une telle atteinte. De plus, aucun des autres psychiatres consultés n'a retenu un tel trouble, et le Dr E_____ ne le mentionne pas non plus expressément. On ne peut donc conclure de l'absence d'un tel diagnostic que l'expertise n'est pas probante. Quant au score obtenu à l'échelle de Hamilton, il n'est pas à lui seul suffisant pour remettre en cause l'expertise.

Enfin, le rapport du Dr F_____ ne remplit à l'évidence pas les critères dégagés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une quelconque valeur probante. Il sied de souligner qu'il ne procède pas à une anamnèse mais se réfère à celle contenue dans le rapport du Dr B_____. Par ailleurs, ce document ne permet pas de distinguer entre les symptômes objectivés par le médecin et ceux allégués par l'assuré puisqu'il relate pour l'essentiel des événements décrits par l'assuré qui semble en tirer des conclusions diagnostiques. De plus, le Dr F_____ paraît admettre une aggravation de l'état de l'assuré tout en confirmant le diagnostic du Dr B_____, ce qui paraît pour le moins contradictoire. Il y a lieu de relever que le Dr F_____ ne se prononce d'ailleurs pas sur la capacité de travail de l'assuré, si bien que son rapport n'est d'aucun secours à celui-ci.

Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas de motif de s'écarter des conclusions du Dr B_____. Par appréciation anticipée des preuves, il s'avère inutile de diligenter une deuxième expertise.

-
8. S'agissant des griefs de l'assuré, ils ont notamment trait à la gestion du dossier par l'assurance. Il reproche notamment à l'assurance d'avoir soumis les nouveaux certificats médicaux à l'expert mandaté plutôt qu'à un médecin-conseil neutre. Cet argument est toutefois sans portée, puisque les certificats établis par les Drs C_____ et F_____ ont aussi été examinés par le Dr D_____, consultant de l'assurance. De plus, contrairement à ce qu'allègue l'assuré, il est parfaitement compréhensible que l'assurance soumette également les nouveaux rapports médicaux à un médecin qui connaît l'assuré, dans la mesure où ce dernier doit se prononcer sur une éventuelle aggravation survenue depuis son propre examen. L'assuré considère le rapport du Dr B_____ contradictoire, puisqu'il fait état de la durée théorique de guérison chez un sujet sain d'un trouble tel que celui diagnostiqué chez lui, en soulignant que les indemnités journalières lui ont été versées pour une période bien inférieure alors même qu'il avait déjà souffert par le passé de troubles psychiques. Ce faisant, l'assuré perd de vue que la durée de guérison d'une atteinte, quelle qu'elle soit, n'implique pas pour autant le versement de prestations pendant cette période puisqu'elle n'entraîne pas automatiquement une incapacité de travail. Enfin, s'agissant des brefs délais dans lesquels le Dr B_____ s'est déterminé sur les rapports qui lui ont été soumis, on voit mal quelles conclusions l'assuré entend en tirer. S'il suggère que le Dr B_____ n'était pas en mesure de les étudier de manière approfondie, ce grief tombe à faux. Les rapports en question sont en effet très brefs, de sorte que l'expert était parfaitement en mesure d'en prendre connaissance et d'en apprécier la portée en quelques heures. L'observation du Dr B_____ sur l'éventuel défaut de compliance de l'assuré n'est pas non plus critiquable, puisqu'il s'agit-là d'une interprétation parfaitement cohérente de l'indication du Dr E_____ sur les difficultés de l'assuré à prendre son traitement. Quant au fait que le Dr B_____ serait de parti pris, comme le prétend l'assuré, cette allégation n'est pas étayée par le moindre indice.

L'assuré critique également l'attitude de l'assurance, qui s'est déclarée prête à reconsidérer sa position en cas de nouvelle expertise divergente de celle du Dr B_____ et ne s'est pas exécutée à réception du rapport du Dr F_____. Ce grief est cependant erroné. En effet, comme on l'a vu, le rapport du Dr F_____ ne saurait être assimilé à une expertise. De plus, dans la mesure où il confirme le diagnostic du Dr B_____ et ne remet pas en cause ses conclusions sur la capacité de travail de l'assuré, l'assurance n'avait aucune raison de revenir sur la suspension du versement des indemnités journalières.

9. Eu égard à ce qui précède, la demande est rejetée.

L'assurance a conclu à des dépens. Sous l'empire de la loi sur la procédure administrative (LPA; RSG E 5 10), les assurances n'avaient pas droit à des dépens en matière de LCA (ATF 4A_382/2008 du 12 novembre 2008). Bien que la question du droit à des dépens depuis l'entrée en vigueur du Code de procédure

civile [CPC ; RS 272] puisse se poser, elle peut rester ouverte en l'espèce dès lors que l'assurance n'est pas représentée par un mandataire.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

Afin de satisfaire aux exigences de l'art. 112 al. 1 let. d de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF ; RS 173.110), il convient de préciser que la valeur litigieuse est de 123'311 fr. 45. Ce montant correspond aux indemnités journalières de 197 fr. 25 auxquelles peut encore prétendre le recourant jusqu'à l'échéance du droit contractuel à celles-ci et est calculé comme suit: la police prévoit le versement de 730 indemnités après 14 jours d'attente. Pour la maladie dès le 24 mars, le recourant a dû obtenir des indemnités du 6 avril au 30 juin 2010, soit pendant 86 jours. La valeur litigieuse correspond ainsi à 644 indemnités à 197 fr. 25, et au complément pour le mois de juin de 13 demi-indemnités à 98 fr. 65.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss 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, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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