

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/603/2012

ATAS/700/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 juin 2013

3ème Chambre

En la cause

Monsieur K_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MAUGUE Eric

demandeur

contre

SWICA ASSURANCE MALADIE SA, Direction régionale de
Lausanne (Mme Catherine DESCOMBAZ), bd de Grancy 39,
LAUSANNE

défendeur

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine LUZZATTO et Violaine LANDRY
ORSAT , Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur K_____ (ci-après : l'assuré) a été assuré auprès de SWICA ASSURANCE-MALADIE SA (ci-après : l'assureur) dès le 10 mars 2010, d'abord par l'intermédiaire de son employeur puis, son contrat de travail ayant pris fin, dès le 1^{er} octobre 2010 à titre individuel pour une assurance soumise à la loi sur le contrat d'assurance et prévoyant le versement d'indemnités journalières dès le 31^{ème} et durant 720 jours.
2. Dès le 23 juin 2010, l'assuré a été en incapacité de travail et l'assureur a versé ses prestations dès le 23 juillet 2010, soit après écoulement du délai d'attente.
3. Par courrier du 24 février 2011, l'assureur a demandé à l'assuré de se soumettre à l'examen d'un expert, examen prévu en mars 2011. A la demande du Dr L_____, médecin auprès du Département de santé mentale et de psychiatrie de l'HOPITAL UNIVERSITAIRE DE GENEVE (HUG), et de l'assistante sociale suivant l'assuré, ce rendez-vous a été déplacé au 26 avril 2011 mais l'assureur a suspendu le versement des prestations dans l'attente d'un rapport médical circonstancié motivant les raisons du report de l'expertise.
4. Le 13 mai 2011, le Dr M_____ a rendu son rapport, sur la base d'un entretien avec l'assuré, de tests psychométriques et du dossier fourni par l'assureur. Le médecin a retenu les diagnostics de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive (de gravité subclinique à légère), et/ou de trouble thymique et anxieux induit par la consommation chronique d'alcool et de traits de personnalité dépendante. Il a estimé qu'aucun de ces diagnostics n'avait de plus répercussion sur la capacité de travail.
5. Par courrier du 25 mai 2011, l'assureur, se basant sur le rapport du Dr M_____, a informé l'assuré qu'il mettrait fin au versement de ses prestations le 27 mai 2011.
6. Le 7 juin 2011, l'assuré a contesté la suppression du versement des prestations avec effet au 27 mai 2011.
7. Par courrier du 28 juin 2011, le Dr N_____, médecin auprès du Service d'addictologie du Département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, a confirmé à l'assureur que l'assuré était pris en charge par l'hôpital de jour depuis le 21 février 2011 et qu'il s'y rendait tous les jours de la semaine.

Le médecin a expliqué que le fait d'avoir été convoqué pour expertise avait généré chez l'assuré une importante angoisse laquelle avait sans doute eu pour conséquence qu'il n'avait pu s'exprimer clairement durant son entretien avec le Dr M_____.

Soulignant que des crises d'angoisse avaient été observées à plusieurs reprises à l'hôpital de jour malgré une abstinence relativement longue, le médecin a émis l'avis que l'assuré était toujours totalement incapable de travailler en raison d'une anxiété généralisée, d'un épisode dépressif moyen et d'une dépendance à l'alcool

actuellement abstinent. Toutefois, on pouvait espérer une amélioration moyennant une prise de soin intensive des atteintes à la santé énumérées.

8. Le 22 juillet 2011, l'assuré a été hospitalisé avec interdiction de sortir sans accompagnateur. Il a depuis lors été pris en charge auprès de la Maison de l'Ancre.
9. Le 22 février 2012, l'assuré a saisi la Cour de céans d'une demande en paiement dirigée contre l'assureur perte de gain. Il conclut à ce que ce dernier soit condamné à lui verser des indemnités journalières au-delà du 26 mai 2011, avec intérêts à 5% l'an.

Le demandeur fait grief au Dr M_____ de n'avoir pas pris pleinement en considération ses plaintes. Il lui reproche également de graves lacunes. Il se réfère à cet égard à l'avis du Dr N_____ et souligne avoir été pris en charge dès le 21 février 2011 par l'Hôpital de jour, avoir été hospitalisé en date du 22 juillet 2011 avec interdiction de sortir sans accompagnateur et être suivi depuis lors par la Maison de l'Ancre. Il en tire la conclusion qu'il se trouve toujours dans l'incapacité totale d'exercer une activité lucrative.

10. Le Dr L_____, dans un courrier du 23 février 2012, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel léger, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, de cannabis et de benzodiazépines (abstinent), de trouble panique et de troubles de la personnalité dépendante. Le médecin relate que, durant l'année 2011, l'assuré a souffert d'un épisode dépressif majeur désormais en rémission. Plusieurs attaques de panique se sont produites lors de son séjour à l'hôpital de jour. Le tableau a été longtemps amplifié par la consommation d'alcool. Après un suivi de plusieurs mois, les symptômes se sont estompés, de sorte que l'assuré a recouvré une capacité de travail de 50% et que le pronostic est optimiste.
11. Invitée à se déterminer, la défenderesse, dans sa réponse du 15 mars 2012, a conclu à l'irrecevabilité, subsidiairement au rejet de la demande.

Quant à la forme, la défenderesse soutient que la demande est irrecevable dans la mesure où l'assuré a saisi la Cour de céans sans avoir déposé préalablement une requête de conciliation et avoir obtenu une autorisation de procéder. La jurisprudence de la Cour de céans sur ce point serait selon elle erronée.

Quant au fond, la défenderesse allègue que l'expertise du Dr M_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle relève que ce dernier a bel et bien pris en compte le fait que l'assuré devait se rendre à l'hôpital de jour en page 6 de son rapport.

12. Le 16 avril 2012, le demandeur a produit un rapport médical du Dr L_____ du 23 février 2012 dont il tire la conclusion qu'il a été dans l'incapacité totale de travailler jusqu'au mois de mars 2012, date à compter de laquelle il a retrouvé une capacité de travail de 50% dans un environnement sécurisant et encadrant.

13. Entendu en date du 14 juin 2012, le Dr L_____ a expliqué que l'assuré a commencé à consulter l'hôpital de jour au début de l'année 2011 et qu'elle l'a suivi personnellement depuis le 1^{er} décembre 2011.

Le témoin a indiqué que l'atteinte principale est un trouble anxieux majeur généralisé qui peut par moment se révéler particulièrement massif. S'y est ajouté un trouble dépressif récurrent qui a été très grave (allant même jusqu'aux symptômes psychotiques) mais qui s'est amélioré sous traitement et n'est plus désormais – et depuis le début de l'année 2012 environ – que de gravité légère. Le médecin a également mentionné une dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines - étant précisé que l'assuré est abstinent depuis octobre 2011 - et une personnalité de type dépendant.

Selon le médecin, l'assuré a retrouvé progressivement de l'énergie entre la fin de l'été et la fin de l'année 2011 mais pas suffisamment, à son avis pour que l'on puisse considérer qu'il disposait d'une capacité de travail exploitable sur le marché avant le mois de février 2012.

Le témoin a été invité à produire le détail des hospitalisations et du suivi du demandeur.

Il a fait remarquer que le Dr M_____ n'avait pas mentionné l'état anxieux et qu'il a fait état d'une attitude « très sinistrosique » que le témoin dit ne pas avoir observée pour sa part.

Le témoin a souligné que l'évolution a certes été très positive mais lente et qu'elle demeure très fragile car conditionnée au milieu de vie de l'assuré.

14. Par ordonnance du 15 juin 2012, la Cour de céans a demandé l'apport du dossier établi par l'assurance-invalidité s'agissant du demandeur. Au dit dossier figuraient notamment les éléments suivants :

- un rapport du Dr O_____, médecin-psychiatre et psychothérapeute, du 29 août 2011, retenant les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et de trouble de la personnalité dépendante et concluant à une totale incapacité de travail du 8 novembre 2010 au 8 février 2011 ;
- un rapport complémentaire du Dr M_____ du 26 avril 2012 à l'intention de l'OAI retenant une dépendance à l'alcool et au THC (abstiné) et une personnalité à traits dépendants sans répercussion sur la capacité de travail ; le Dr M_____ y confirme ses conclusions du 13 mai 2011 (capacité médico-théorique entière depuis avril 2011), à l'exception de la dépendance éthylique (donc 100 % dès le 1er avril 2011 à l'exception des problèmes d'alcool) ;
- le projet de décision adressé le 6 août 2012 à l'assuré par l'OAI, projet dont il ressort qu'il se propose de nier son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

15. Le 19 juin 2012, le Dr L_____ a récapitulé les épisodes de soins comme suit :

- du 7 septembre au 19 novembre 2010 : fréquentation de l'hôpital de jour d'addictologie (l'assuré ne s'est en réalité présenté qu'à deux ou trois reprises, raison pour laquelle il a ensuite été hospitalisé en psychiatrie adulte),

-
- du 29 septembre au 22 octobre 2010 : hospitalisation dans une unité de psychiatrie adulte,
 - du 21 février 2011 au 20 mars 2012 : fréquentation de l'hôpital de jour,
 - du 22 juillet 2011 au 15 août 2011 : hospitalisation dans une unité de psychiatrie adulte,
 - depuis le 3 mai 2012 : suivi à la consultation d'addictologie par le Dr L_____;

Quant à la capacité de travail elle a été de :

- 0 % jusqu'au 31 janvier 2012,
- 50 % du 1er février au 31 mars 2012
- 100 % depuis le 1er avril 2012.

16. Dans ses écritures après enquêtes du 17 août 2012, la défenderesse a constaté que le 26 avril 2012, le Dr M_____ avait confirmé les conclusions de son rapport du 13 mai 2011 quant à une capacité de travail médico-théorique de 100% dès le 1er avril 2011. La défenderesse y voit la confirmation de sa propre position. Subsidiairement, elle demande la mise sur pied d'une expertise judiciaire.

17. Par écriture complémentaire du 17 août 2012, la défenderesse a produit la copie d'un nouveau rapport du Dr M_____ auquel elle a demandé de se déterminer sur les documents produits et les déclarations du Dr L_____.

Dans ce document, daté du 30 août 2012, le Dr M_____ reprend en substance les conclusions de son expertise du 13 mai 2011, à l'exception de la dépendance éthylique, dont il admet qu'il a justifié de brèves hospitalisations du 22 juillet au 15 août 2011. Le médecin relève que lorsque l'assuré est abstinent, la symptomatologie anxio-dépressive évolue rapidement favorablement. Il estime qu'il n'y a pas d'indications claires en faveur d'un trouble panique et fait remarquer que l'assuré ne souffre d'ailleurs pas d'agoraphobie. Il souligne que le Dr L_____ n'a suivi personnellement l'assuré qu'à partir du 1^{er} décembre 2011 et affirme que le Dr N_____ n'est pas spécialiste en psychiatrie mais en médecine interne.

Il relève que dans son rapport du 23 février 2012, le Dr L_____ a retenu les mêmes diagnostics que lui, à savoir un trouble dépressif récurrent épisode léger - autrement dit sans conséquence sur une activité professionnelle-, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, de cannabis et de benzodiazépines, syndrome de dépendance – désormais abstinent et donc sans incidence sur la capacité de travail – et un trouble de la personnalité dépendante, qui ne constitue pas un trouble majeur de la personnalité. Selon lui, le trouble panique paraît peu clair chez un assuré au tempérament certes légèrement anxieux mais chez lequel rien n'indique qu'il présente un trouble panique incapacitant, d'autant qu'il a pu effectuer différents stages de cuisinier à 50%.

En conclusion, le Dr M_____ estime que les diagnostics évoqués n'ont aucune répercussion sur la capacité de travail en dehors de brèves périodes d'hospitalisation.

De cet avis, la défenderesse tire la conclusion que l'assuré a bel et bien recouvré une pleine capacité de travail à compter du 1er avril 2011 en dehors de quelques brèves périodes d'hospitalisation du 22 juillet au 15 août 2011, dont elle fait remarquer qu'elles avaient pour objectif un sevrage, traitement qui ne donne pas droit à des prestations de sa part.

18. Dans ses écritures après enquêtes du 30 novembre 2012, le demandeur a persisté dans ses conclusions, demandant la condamnation de la défenderesse à lui verser les indemnités journalières durant sa période d'incapacité totale de travail, soit du 23 juin 2010 au 31 mars 2012, pour un montant total de 33'759 fr. (249 jours x 121 fr. + 60 jours à 50% x 60 fr. 50) avec intérêts moratoires à 5 % dès le 31 octobre 2011.

A l'appui de sa position, le demandeur produit un courrier du Dr L_____ du 8 novembre 2012, par lequel elle répond au dernier avis du Dr M_____ en soulignant qu'elle-même est spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, cheffe de clinique de l'Hôpital de jour et que le Dr N_____ – qui travaille sous son étroite supervision - est quant à elle médecin-assistante, ce qui correspond à interne en psychiatrie.

Le Dr L_____ fait remarquer que son premier contact avec l'assuré remonte à septembre 2010 et qu'elle l'a depuis observé de manière étroite et intensive. Elle se déclare d'accord avec le Dr M_____ quant au lien direct du trouble dépressif avec la consommation d'alcool mais en désaccord avec lui s'agissant de la symptomatologie anxieuse, laquelle persiste au-delà du sevrage et de l'abstinence objectivée et se traduit par des manifestations physiques (tremblements, transpiration, palpitation etc..) mais aussi par une grande appréhension des situations inconnues, une difficulté à s'affirmer auprès des autres, une tendance à l'isolement et à l'auto dévalorisation.

19. Le 8 janvier 2013, la défenderesse a déposé ses conclusions finales. Elle reprend en substance les arguments précédemment développés.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 292) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, 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).

L'assurance en cause dans le litige soumis à la Cour de céans est une assurance perte de gain en cas de maladie. L'indemnité journalière en cas de perte de gain est prévue dans le catalogue de l'assurance maladie facultative, de sorte qu'il existe un lien matériel immédiat avec l'assurance-maladie sociale (JdT 1999 III 106

consid. f). Partant, il s'agit d'une assurance complémentaire à l'assurance-maladie et la compétence *ratione materiae* de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. S'agissant de la compétence *ratione loci*, il convient de se référer à l'art. 31 du Code de procédure civile lequel prévoit que le Tribunal du domicile ou du siège du défendeur ou celui du lieu où la prestation caractéristique doit être exécutée et compétent pour statuer sur les actions découlant d'un contrat. En l'occurrence, le lieu d'exécution est déterminé par le contrat et à défaut, par l'art. 74 CO. En l'espèce, la prestation caractéristique du contrat étant exécutée à Genève, la Cour est également compétente *ratione loci* (cf. également art. 23 al. 2 des conditions générales d'assurance [CGA] applicable à l'assurance d'indemnités journalières SALARIA conclue par le demandeur).
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). La jurisprudence de la Cour de céans, contestée par la défenderesse, ayant été confirmée par le Tribunal fédéral, il y a lieu de constater que la procédure de conciliation n'est pas requise en l'occurrence et que la demande est bel et bien recevable.
4. 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 sous cet angle.
5. Le litige porte sur le droit du demandeur aux indemnités journalières pour perte de gain au-delà du 27 mai 2011.
6. Est réputée maladie au sens des conditions spéciales (CS) applicables toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement ou provoque une incapacité de travail (art. 3 CS).

Lorsque l'assuré se trouve dans une incapacité de travail attestée médicalement, l'assureur verse, en cas d'incapacité totale de travail, l'indemnité journalière assurée correspondant à la perte de gain effective et prouvée (art. 8 al. 1 CS). En cas d'incapacité de travail d'au moins 25%, une indemnité journalière correspondant au degré d'incapacité de travail est versée (art. 8 al. 2 CS).

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. 9 CS).

L'art. 12 CGA prévoit que, pour des traitements à la suite d'une consommation de médicaments, de drogues ou d'alcool, l'assurance ne verse aucune prestation au titre des assurances complémentaires. L'abus de ces produits n'est pas considéré expressément comme une maladie et, partant, ne déclenche pour l'assureur aucune obligation de verser des prestations.

7. 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. 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 p. 352; 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références; cf également ATF 134 V 231 consid 5.1 p. 232). En particulier, il n'est pas exclu que le juge s'écarte des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, notamment lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires propres à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa p. 352; arrêt 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2, in SVR 2010 IV n° 58 p. 177).

8. En l'espèce, la défenderesse a considéré que son obligation de prester prenait fin le 27 mai 2011. Elle invoque à cet égard le rapport du Dr M_____ du 13 mai 2011, qui concluait à une capacité de travail totalement recouvrée.

Force est cependant de constater que le même expert a nuancé sa position, tant dans son rapport complémentaire du 26 avril 2012 à l'intention de l'AI que dans son rapport du 30 août 2012, puisqu'il a conclu alors une totale capacité de travail en dehors des périodes d'hospitalisation. Qui plus est, il ressort de la lecture des rapports du Dr M_____ qu'il ne justifie pas l'incapacité alors admise par la nécessité d'un sevrage, comme le soutient la défenderesse. Il reconnaît que la consommation a des effets très néfastes sur la dépression et l'anxiété. Il faut en

déduire que les hospitalisations en psychiatrie adulte correspondent donc à des périodes d'exacerbation des troubles psychiques, durant lesquelles une incapacité totale de travail doit bien être constatée. On admettra ainsi une totale incapacité de travail du 22 juillet au 15 août 2011, période durant laquelle la défenderesse aurait dû verser ses prestations.

En revanche, en dehors de la période du 22 juillet au 15 août 2011, les diagnostics retenus par les psychiatres traitants et par le Dr O _____ (état dépressif de gravité moyenne, anxiété, traits de personnalité) ne s'avèrent pas suffisants pour justifier une incapacité de travail, même partielle. A cet égard, on relèvera que le Dr L _____ a reconnu que si le trouble anxieux a pu se révéler particulièrement massif et le trouble dépressif très grave, la situation s'est améliorée par la suite. Certes, selon le médecin, cette amélioration ne s'est traduite par une augmentation de la capacité de travail qu'au début de l'année 2012, date à compte de laquelle le trouble dépressif est qualifié de « léger ». Cependant, au moment du premier examen par le Dr M _____, l'état dépressif, aux dires des psychiatres traitants eux-mêmes, s'était déjà amélioré puisqu'il était qualifié de gravité moyenne (cf. courrier du Dr N _____ du 28 juin 2011). Par ailleurs, le Dr M _____ a expliqué les raisons pour lesquelles il convenait de nier aux diagnostics retenus par les psychiatres traitants une influence sur la capacité de travail. La Cour suivra donc ses conclusions telles qu'énoncées dans ses deuxième et troisième avis. La demande est donc partiellement admise en ce sens.

9. Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais comprenant les dépens (art. 96 du code de procédure civile [CPC ; RS 272] en relation avec l'art. 95 al. 3 let. b ; cf. également 106 al. 1 CPC).

A Genève, le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC ; RS E 1 05.10) détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC).

Le demandeur, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, la défenderesse est condamnée à lui verser une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 20 de la loi d'application du code civil et du code des obligations du 7 mai 1981 [LaCC ; RS E 1 05]; art. 84 et 85 du RTFMC).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC et 22 al. 3 LaCC).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. Constate que le demandeur a droit aux indemnités journalières du 23 juillet 2010 au 26 mai 2011 et du 22 juillet au 15 août 2011.
3. Condamne la défenderesse à lui verser les indemnités journalières encore dues, soit celles du 22 juillet au 15 août 2011, avec intérêt à 5% l'an.
4. Condamne l'intimé à verser la somme de 1'500 fr. au recourant à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

La Présidente

Marie-Catherine
SECHAUD _____

Karine STECK

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