

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1508/2013

ATAS/409/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 juin 2015

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHATELAINE

demandeur

contre

GENERALI ASSURANCES GÉNÉRALES SA, Service juridique
Prestations, sise Avenue Perdtemps 23, NYON

défenderesse

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBÀ et Georges ZUFFEREY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1968, travaille depuis le 1^{er} janvier 2007 en qualité d'employé au sein de l'entreprise de sa femme, B_____ (ci-après : l'employeur), entreprise générale de nettoyage à Châtelaine. A ce titre, il bénéficie d'une assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie conclue par son employeur auprès de Generali assurances générales SA (ci-après : l'assureur).
2. Le 22 décembre 2006, l'employeur a annoncé à l'assureur le début de l'activité de l'assuré dans l'entreprise. Dans le questionnaire de santé, l'assuré a répondu affirmativement à la question relative à une maladie du cœur ou des vaisseaux sanguins durant les cinq dernières années. Il a précisé avoir été victime d'un infarctus en février 2005.
3. La police n° 1_____ du 12 mars 2007 en vigueur du 1^{er} mars 2007 au 31 décembre 2010, puis prolongée le 13 mai 2011 du 21 février jusqu'au 31 décembre 2011, prévoyait le versement d'une indemnité journalière couvrant le 80% du salaire pendant 730 jours par cas après un délai d'attente de vingt et un jours par cas. Le risque accident n'était pas couvert. Compte tenu des antécédents de l'assuré, l'assureur a émis une réserve pour toute incapacité de travail due à la maladie coronarienne préexistante ou à ses complications cardiaques.
4. Le 27 mars 2007, l'assuré a été victime d'un accident pris en charge par la SUVA qui a alloué ses prestations légales sous forme d'indemnités journalières et de soins médicaux.
5. Le 4 mars 2009, l'employeur a transmis à l'assureur la décision de la SUVA du 12 février 2009 mettant un terme à ses prestations au 31 janvier 2009 au motif que les troubles de la colonne cervicale et de la colonne lombaire n'engageaient plus sa responsabilité dès lors qu'ils n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 27 mars 2007.
6. Par décision du 31 mars 2009, la SUVA a rejeté l'opposition formée par l'assuré en confirmant sa décision précédente. Elle a rappelé que, lors de l'accident du 27 mars 2007, l'assuré avait fait une chute dans les escaliers et s'était reçu sur la tête ainsi que sur le dos. Un diagnostic de contusion de la colonne cervico-lombaire avait été posé. L'évolution avait été marquée par l'évocation de cervicobrachialgies gauches et de céphalées. Le 9 mai 2007, l'assuré avait été blessé à l'avant-bras gauche par une pièce métallique. A l'issue d'une évaluation multidisciplinaire auprès de la Clinique romande de réadaptation à Sion du 4 décembre 2007 au 31 janvier 2008, la symptomatologie rachidienne, les cervicalgies et les douleurs lombo-fessières droites avaient été qualifiées de non spécifiques. La symptomatologie, comme pour les sinistres de 1991 et 1997, avait été de longue durée alors qu'aucune lésion traumatique n'avait été identifiée.
7. Le 27 avril 2009, l'employeur a annoncé la perte de gain de l'assuré à l'assureur.

8. Dans un rapport initial du 26 août 2009, le docteur C_____, médecin généraliste, a diagnostiqué des cervicalgies et lombosciatalgies gauches dues à une maladie dont les premiers symptômes étaient apparus le 27 mars 2007. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 10 avril 2007 pour une durée indéterminée.
9. L'assureur a versé des indemnités journalières du 22 février 2009 au 21 février 2011 après déduction du délai d'attente, soit durant les 730 jours convenus dans la police. Dans le décompte final d'indemnités journalières du 23 février 2011, il a précisé qu'à partir du 22 février 2011, l'assuré n'était « plus couvert en perte de gain maladie pour tous les diagnostics (...) connus et qui ont fait l'objet d'une indemnisation jusqu'à présent ».
10. Par courrier du 13 mai 2011 adressé à l'employeur, l'assureur a précisé que l'assuré restait couvert pour la perte de gain en cas de maladie sauf pour les diagnostics ayant fait l'objet d'une indemnisation jusqu'à présent et ceux tombant sous la réserve médicale établie lors de la conclusion du contrat.
11. Le 5 octobre 2011, l'assureur a communiqué à l'employeur une nouvelle police, valable du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2014, qui remplaçait la police et les éventuels avenants établis avant le 24 juin 2011. Les prestations étaient inchangées et les conditions particulières mentionnaient deux réserves concernant l'assuré.
12. Le 12 août 2012, l'employeur a annoncé à l'assureur une nouvelle perte de gain de l'assuré à partir du 29 mai 2012. Il a joint des certificats médicaux établis par le Dr C_____ en date des 30 mai 2012, 19 juin 2012, 9 août 2012 et 25 septembre 2012 attestant une incapacité de travail entière dès le 29 mai 2012.
13. Dans un rapport initial du 5 octobre 2012, le Dr C_____ a diagnostiqué des céphalées et cervicobrachialgies gauches ainsi qu'un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques. Les premiers symptômes des maladies diagnostiquées étaient apparus le 29 mai 2012. Le patient avait déjà subi un traitement en 2009 s'agissant des céphalées et des cervicobrachialgies gauches. L'incapacité de travail de 100% était toujours en cours.
14. Le 10 octobre 2012, l'assureur a demandé au docteur D_____, généraliste FMH, d'examiner l'assuré pour une consultation de contrôle fixée au 26 novembre 2012. Il a joint un questionnaire médical. Le médecin devait notamment préciser si le diagnostic concernait la réserve médicale, si l'incapacité de travail était justifiée au vu de la profession et quel était le pronostic de la reprise de travail.
15. Dans son rapport du 4 décembre 2012 adressé au docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de l'assureur, le Dr D_____ a indiqué dans l'anamnèse que l'assuré décrivait au début de l'incapacité de travail, sans phénomène déclenchant particulier, une douleur ayant débuté à l'épaule gauche avec des fourmillements dans le membre supérieur gauche jusqu'au coude et une faiblesse progressive. Par la suite, il évoquait une symptomatologie douloureuse de la fesse gauche jusqu'au mollet gauche. Une IRM lombaire pratiquée le 13 novembre 2012 avait révélé uniquement une sclérose de surcharge

des facettes articulaires postérieures en L5/S1 à gauche. Parallèlement à ses plaintes algiques, l'assuré était suivi par le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, depuis quatre ou cinq ans pour un état dépressivo-anxieux. Il était reçu alternativement par ce spécialiste et une psychologue toutes les deux semaines. Il recevait actuellement du Lexotanil® notamment. Cette prise en charge psychothérapeutique avait commencé quatre à cinq ans auparavant. Dans les antécédents personnels, il a notamment mentionné un accident de la circulation en 1991 avec symptomatologie de céphalées, de douleurs de nuque et du dos. Le Dr D_____ a considéré que l'arrêt de travail en cours semblait être en relation avec une symptomatologie algique de la région du membre supérieur gauche, puis du membre inférieur gauche, comme déjà décrite antérieurement et depuis l'accident de 1991. Après avoir pris contact avec le Dr C_____, le Dr D_____ a conclu à une capacité de travail nulle en tant que nettoyeur et a proposé une reprise d'activité à 50% dès le 10 décembre 2012, puis à 100% dès le 1^{er} janvier 2013, sans mobilisation de charges dépassant quinze à vingt kilos. Sur le plan thymique, il laissait le soin au Dr E_____ de prendre en charge les arrêts de travail, s'il le jugeait opportun.

16. Par certificat médical du 5 décembre 2012 transmis à l'assureur le 8 décembre 2012, le Dr E_____ a attesté une capacité de travail nulle du 1^{er} au 31 décembre 2012.
17. Dans un rapport du 31 décembre 2012, requis par l'assureur le 10 décembre 2012, le Dr E_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F 33.11 CIM-10) depuis décembre 2012. Auparavant, il y avait eu des rechutes dépressives sévères. L'assuré se plaignait de tristesse, anhédonie partielle, fatigue, troubles de la concentration, insomnies, angoisses et idées noires. Selon ses constatations objectives, l'assuré présentait une dépression au vu du score de vingt-trois selon l'échelle de Hamilton, un isolement social et des troubles de la concentration. La décompensation psychique actuelle était liée à une fragilité psychique existante marquée par plusieurs rechutes dépressives durant la dernière décade. L'assuré suivait une psychothérapie hebdomadaire et un traitement médicamenteux par antidépresseurs. L'incapacité de travail était totale tant dans la profession actuelle que dans une activité adaptée. On pouvait compter avec une reprise de travail à 50% dans un à deux mois et à 100% dans trois mois.
18. Par courrier du 7 janvier 2013, l'assureur a informé l'assuré qu'après avoir examiné les pièces médicales mises à sa disposition, son médecin-conseil considérait que l'affection ayant motivé l'incapacité de travail du 29 mai au 30 novembre 2012 était expressément exclue du contrat. Par conséquent, il ne pouvait pas verser de prestations durant cette période. Il lui communiquait une copie du rapport d'expertise qu'il transmettait également au Dr E_____. Une nouvelle affection ayant été diagnostiquée dès le 1^{er} décembre 2012, il avait ouvert un nouveau dossier pour lequel il examinait la couverture.

19. Par courriel du 25 janvier 2013, le Dr E_____ a précisé à l'assureur que l'assuré bénéficiait d'un suivi psychiatrique à nouveau depuis le 1^{er} octobre 2012, date à laquelle il avait constaté une incapacité de travail pour des raisons psychiques. L'assuré ne lui avait toutefois pas demandé d'arrêt de travail car c'était le Dr C_____ qui attestait les incapacités de travail. Ils s'étaient focalisés sur la prise en charge de l'assuré et non pas sur les arrêts-maladie. Dans ce contexte, il lui semblait judicieux de verser des indemnités journalières dès le 1^{er} octobre 2012.
20. Dans un questionnaire du 1^{er} février 2013 requis par l'assureur, le Dr E_____ a précisé qu'il avait pris en charge l'assuré pour la première fois le 20 avril 2010 jusqu'à la fin janvier 2011. Il avait repris le suivi psychiatrique le 1^{er} octobre 2012 suite à une rechute dépressive. L'incapacité de travail de l'assuré était totale dès cette date. Avant lui, le Dr C_____ avait traité l'assuré en tant que médecin généraliste. L'assuré n'avait pas eu d'autre suivi psychiatrique. Le pronostic était favorable. Il espérait une reprise de l'activité professionnelle dans les un à deux mois.
21. Suite à l'incapacité de travail attestée par le Dr E_____, à savoir 100% du 1^{er} octobre 2012 au 31 mars 2013 et 50% du 1^{er} au 30 avril 2013, l'assureur a versé des indemnités journalières du 22 octobre 2012 au 30 avril 2013 après déduction du délai d'attente, soit durant 212 jours.
22. Par courrier du 8 février 2013, l'assuré a contesté le refus de prester de l'assureur. Il a rappelé que selon les rapports des Drs C_____ et D_____, son arrêt de travail était en relation avec une symptomatologie algique du membre supérieur gauche, alors que la réserve médicale s'appliquait au même diagnostic qu'en 2009, à savoir des problèmes de dos.
23. Le 6 mars 2013, l'assureur a informé l'assuré qu'après avoir soumis une nouvelle fois son dossier à son service médical, il maintenait sa position.
24. Le 10 mai 2013, l'assuré a introduit une demande devant la chambre de céans. Il conteste le refus de l'assureur de lui verser des indemnités journalières pour le sinistre du 29 mai 2012 au motif que l'affection ayant causé l'incapacité de travail est exclue de la couverture en raison d'une réserve médicale. Il allègue n'avoir signé qu'une seule réserve concernant des affections cardiaques. Il avait demandé plus d'une fois à l'assureur de lui fournir une copie de la deuxième réserve mais celui-ci refusait de lui répondre. En outre, son médecin n'était pas du tout d'accord avec la position de l'assureur.
25. Par ordonnance du 10 juin 2013, la chambre de céans a ordonné l'arrêt de l'arrêt du 25 mars 2010 (ATAS/326/2010) relatif à la cause opposant le demandeur à la SUVA et l'a communiqué à la défenderesse.

Il en ressortait que le litige ne concernait que l'accident du 27 mars 2007 et la SUVA avait mis fin à juste titre à ses prestations faute de lien de causalité entre les troubles actuels du recourant et ledit accident.

26. Dans sa réponse du 24 juin 2013, la défenderesse a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande. Elle a rappelé qu'elle avait alloué la totalité des 730 jours de prestations, du 1^{er} février 2009 au 21 février 2011, suite à l'incapacité de travail du demandeur en raison de cervicalgies et lombosciatalgies gauches. Or, selon ses conditions générales d'assurance (édition 2002; ci-après : CGA), le droit à l'indemnité journalière prenait fin lorsque le nombre d'indemnités journalières par cas d'assurance avait été versé et la police souscrite le 1^{er} mars 2007 prévoyait une durée de prestations de 730 jours par cas. Elle avait rendu attentif l'employeur en mai 2011 que le demandeur n'était plus couvert notamment pour les diagnostics ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation. Etant donné que le diagnostic qui avait entraîné l'incapacité de travail ayant débuté le 29 mai 2012 était identique à celui ayant provoqué l'incapacité de travail en 2009, elle avait refusé à juste titre d'intervenir pour ledit arrêt de travail.
27. Lors de l'audience de comparution personnelle du 2 octobre 2013, le demandeur a confirmé avoir consulté à nouveau le Dr C_____ le 30 mai 2012 (recte : 29 mai 2012) pour des cervicalgies et des brachialgies gauches. La défenderesse a rappelé qu'elle avait refusé de verser des indemnités journalières parce qu'elle avait déjà presté pendant 730 jours pour les céphalées et cervicobrachialgies. En revanche, elle avait versé des indemnités du 1^{er} octobre 2012 au 30 avril 2013 pour les troubles psychiques. Le demandeur a admis que l'assureur l'avait indemnisé. Il a relevé s'agissant de l'aspect psychique qu'il était déjà malade le 29 mai 2012, de sorte qu'il réclamait des indemnités pour la période du 29 mai au 1^{er} octobre 2012. Dans le décompte du 23 février 2011, il ne comprenait pas la mention selon laquelle il n'était plus couvert pour tous les diagnostics connus de l'assureur et ayant fait l'objet d'une indemnisation jusqu'à présent. La défenderesse a précisé qu'il ne s'agissait pas d'une réserve, mais d'une exclusion des cas de brachialgies. Elle n'avait pas indemnisé le demandeur depuis le 29 mai 2012 (et jusqu'au 30 septembre 2012) au vu du courriel du Dr E_____ du 25 janvier 2013.

Le demandeur a précisé qu'il avait eu un premier rendez-vous avec son psychiatre le 1^{er} octobre 2012. Auparavant, il était suivi par le Dr C_____ qui attestait d'un état dépressif sévère depuis le 29 mai 2012 et lui avait prescrit des médicaments contre la « dépression » dès le mois de mai 2012, du Lexotanil notamment ainsi que du Vanapraxim.

Au vu des déclarations du demandeur, la défenderesse a observé que la question qu'il soulevait ne faisait pas partie de ses conclusions. Elle avait désormais compris le sens réel de la demande de ce dernier qui, en réalité, amplifiait ses conclusions. Sur le plan psychiatrique, elle s'en était remise à l'appréciation du psychiatre traitant.

28. La chambre de céans a ouvert les enquêtes. Entendu lors de l'audience du 13 novembre 2013, le Dr E_____ a déclaré que la première prise en charge avait eu lieu le 20 avril 2010 jusqu'à fin janvier 2011. A ce moment-là, le demandeur était guéri de son état dépressif majeur qui était de sévère à moyen. Un épisode

dépressif majeur, même si l'intensité était qualifiée de légère, pouvait entraîner un arrêt de travail. Le demandeur était revenu le voir le 1^{er} octobre 2012, de son propre gré, en urgence. Selon ses dires, son état de santé s'aggravait. A ce moment-là, il avait diagnostiqué un épisode dépressif moyen récurrent (CIM-10 F33.11) et prescrit des médicaments ainsi qu'une psychothérapie hebdomadaire auprès d'un psychologue FSP. Comme l'état ne s'était pas amélioré, il avait établi des arrêts de travail et avait aussi rédigé des rapports à l'attention de l'assurance. L'incapacité de travail avait été totale dès le 1^{er} octobre 2012, puis au vu de l'amélioration lente et progressive, une reprise du travail avait eu lieu à 50% le 1^{er} avril 2013 et à 100% le 1^{er} mai 2013.

Il ne pouvait se prononcer ni sur le diagnostic, ni sur la capacité de travail antérieurs au 1^{er} octobre 2012 puisqu'il n'avait pas pu évaluer le demandeur. Sur la seule base du rapport du Dr C_____ du 5 octobre 2012, il n'était pas possible de tirer des conclusions dans la mesure où ce dernier ne décrivait aucun symptôme.

Le demandeur avait montré une très bonne compliance durant tout le suivi, tant du point de vue du traitement médicamenteux que du suivi psychothérapeutique hebdomadaire. A aucun moment il n'avait eu l'impression qu'il avait exagéré ses plaintes pour obtenir un arrêt de travail. Il avait immédiatement accepté les reprises de travail préconisées. Même s'il gardait quelques symptômes dépressifs résiduels, ils n'étaient plus significatifs du point de vue des limitations fonctionnelles pour justifier un arrêt de travail. Quand il avait examiné le patient en octobre 2012, le problème psychique était prédominant et justifiait l'arrêt de travail. Si le demandeur avait refusé le traitement médicamenteux et le suivi psychothérapeutique hebdomadaire, il n'aurait pas prescrit d'arrêts de travail. La problématique psychique du demandeur était très partiellement en lien avec ses problèmes physiques, en ce sens que ces derniers pouvaient aggraver la problématique psychiatrique. Cela étant, il était susceptible de présenter des états dépressifs indépendamment d'un problème physique.

29. Le 22 janvier 2014, la chambre de céans a également procédé à l'audition du Dr C_____. Ce dernier a déclaré suivre le demandeur depuis 2006 pour des problèmes somatiques principalement et, à partir du printemps 2012, également pour les problèmes psychiques en plus des problèmes somatiques. Il avait encouragé son patient à aller consulter un psychiatre, ce que ce dernier n'avait pas fait tout de suite. Le demandeur présentait des maux de tête importants ainsi que des douleurs à l'épaule gauche. Il avait traité ces problèmes au début comme un problème somatique. Ensuite, en discutant avec le demandeur, il avait constaté qu'il était très irritable. Il présentait des troubles du sommeil importants, des réveils nocturnes et un réveil matinal précoce. Il parlait également de troubles de la concentration et de la mémoire. En creusant, il avait constaté que le demandeur vivait une situation stressante sur le plan familial qui était hautement anxiogène. Il souffrait d'un état anxieux et dépressif important. Etant donné que dans le passé, le demandeur avait pris occasionnellement du Lexotanil, il lui avait demandé d'en

prendre régulièrement, à savoir 1,5 mg une à trois fois par jour, selon l'état d'anxiété. Avec les médicaments, il était plus résistant à l'anxiété, mais le facteur stressant était toujours là. En raison de ce dernier, son état de santé ne s'était pas amélioré de manière significative, raison pour laquelle il avait insisté pour qu'il aille consulter le Dr E_____.

Il avait considéré que depuis fin mai 2012, le patient n'était plus en mesure de travailler en raison de troubles psychiques. Il était difficile d'évaluer l'incapacité de travail somatique en raison des troubles psychiques. Ces derniers étaient au premier plan. Au début, le demandeur s'était présenté avec des douleurs et il ne pouvait pas savoir immédiatement qu'il présentait un problème psychique. Par la suite, il s'était aperçu qu'il présentait des troubles psychiques qui influençaient sur les troubles somatiques. Le demandeur avait présenté des arrêts de travail de 100% avant mai 2012 pour des problèmes somatiques uniquement. En revanche, l'aspect psychique était un élément nouveau qui était apparu au printemps 2012. Il avait considéré que son patient était incapable de travailler en raison de ses problèmes psychiques car il était en proie à de constantes ruminations, réfléchissait constamment et, dans cet état, était incapable d'occuper un emploi quel qu'il fût. Comme il connaissait le demandeur depuis plusieurs années, qui par le passé n'avait pas développé de troubles psychiques en raison de ses troubles somatiques, il avait pu en déduire que le lien entre les troubles somatiques et les troubles psychiques était faible. Par ailleurs, le facteur stressant était suffisamment important pour déclencher en lui-même ces derniers, survenus brusquement au printemps 2012.

30. Lors de la comparution personnelle des parties du même jour, le demandeur a précisé que c'était le Dr C_____ qui lui avait prescrit des arrêts de travail de mai à décembre 2012. Ensuite seulement, le Dr E_____ avait établi des certificats d'incapacité de travail depuis octobre 2012. Le demandeur a également produit un rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche du 15 octobre 2013. Il a indiqué que le diagnostic résultant de ce document était différent et qu'une opération pourrait être envisagée.

Le rapport d'arthro-IRM du 15 octobre 2013 concluait à une discrète bursite sous-acromio-deltoidienne, à un doute quant à la légère surélévation de la clavicule par rapport à l'acromion au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, à des signes en faveur d'une tendinopathie du tendon du muscle supra-épineux sans déchirure de la face articulaire et à des signes discrets en faveur d'une tendinopathie du tendon du muscle sous capsulaire.

31. Dans ses conclusions après enquêtes du 21 février 2014, la défenderesse a relevé que lors de l'audience de comparution personnelle du 2 octobre 2013, le demandeur n'avait pas indiqué avoir consulté le Dr C_____ parce qu'il se sentait mal sur le plan psychique. Elle a considéré que lors de la consultation initiale du 30 mai 2012, le Dr C_____ avait uniquement constaté des pathologies somatiques. Par conséquent, il n'avait pas diagnostiqué de problèmes psychiques lors de cette première consultation. Ces derniers n'avaient donc pas pu entraîner un arrêt de

travail déjà depuis le 29 mai 2012. Il ressortait plutôt des déclarations du médecin qu'à un moment donné, lors du suivi médical, il avait estimé que le demandeur présentait un état dépressif important et avait attesté pour celui-ci rétroactivement un arrêt de travail à partir de la première consultation. Dans la mesure où le Dr C_____ avait rempli le rapport initial le 5 octobre 2012, il s'était écoulé plus de quatre mois entre la consultation du 30 mai 2012 et le moment où il avait diagnostiqué pour la première fois un état dépressif en plus des cervicobrachialgies. En outre, il n'avait indiqué à aucun moment, lors de l'audience du 22 janvier 2014, à quelle date précise il avait pu poser le diagnostic d'état dépressif. Bien que le Dr C_____ ait qualifié ce dernier d'important, il avait prescrit un traitement de Lexotanil, soit un médicament non spécifique pour traiter des dépressions de cette intensité. Dans la mesure où dans le rapport médical du 5 octobre 2012, le diagnostic d'épisode dépressif était cité en deuxième position après celui de cervicobrachialgies, cela signifiait que les troubles dépressifs étaient à mettre au second plan. La défenderesse a persisté dans ses conclusions précédentes.

32. Par conclusions après enquêtes du 10 mars 2014, le demandeur a souligné que la défenderesse n'avait pas démontré qu'elle aurait envoyé une demande de rapport à son médecin traitant avant le 5 octobre 2012 alors que le sinistre lui avait été annoncé le 12 août 2012. S'agissant de la date exacte à laquelle le Dr C_____ avait diagnostiqué l'état dépressif, la défenderesse aurait pu la faire préciser lors de l'audience d'enquêtes. Quoiqu'il en soit, le Dr C_____ avait déclaré lors de cette dernière qu'il n'était pas en mesure de travailler depuis fin mai 2012 pour des raisons psychiques et que ses troubles psychiques étaient au premier plan, contrairement à ce que prétendait la défenderesse dans sa dernière écriture. Il a conclu au versement de l'indemnité journalière à laquelle il avait droit du 29 mai au 1^{er} octobre 2012, sous suite de frais et dépens.
33. Le 10 juillet 2014, la chambre de céans a communiqué au Dr E_____ le procès-verbal d'audition du Dr C_____ du 22 janvier 2014, ainsi que le rapport initial de celui-ci du 5 octobre 2012. Il l'a invité à lui faire savoir sur la base des éléments ressortant de ces documents, s'il confirmait le diagnostic posé par le médecin traitant ou, si tel n'était pas le cas, quel serait son diagnostic et son évaluation de la capacité de travail de l'assuré, dans ces deux hypothèses, dès le 29 mai 2012.
34. Par courrier du 24 août 2014, le Dr E_____ a répondu que selon la description clinique du Dr C_____, il s'agirait d'un épisode sévère sans symptômes psychotiques. Toutefois, ce médecin ne mentionnait pas une échelle de gravité standardisée, ni les critères diagnostiques de la CIM-10. Pour sa part, il avait objectivé lors de la consultation du 1^{er} octobre 2012 un épisode dépressif moyen. N'ayant pas examiné le patient au même moment que le médecin traitant, il ne pouvait pas préciser avec certitude le diagnostic au moment du rapport établi par ce dernier. Le Dr C_____ avait probablement retenu ce diagnostic d'un point de vue clinique, qui lui semblait au demeurant tout à fait plausible au vu des symptômes décrits, bien que peut-être d'un point de vue de la médecine basée sur des preuves,

il s'agirait probablement d'un épisode dépressif moyen et non sévère. Le Dr E_____ a précisé que l'hypothèse d'un épisode dépressif léger et ensuite moyen semblait la plus probable au vu du rapport du Dr C_____ qui suggérait que le demandeur avait décidé de consulter un psychiatre suite à une aggravation progressive et vu aussi l'absence d'introduction d'emblée d'un traitement antidépresseur. L'incapacité de travail pouvait être considérée comme totale, même en cas d'épisode dépressif léger ou moyen, car elle était en rapport avec des limitations fonctionnelles objectivables et non pas directement liée à la sévérité d'un épisode dépressif. On pouvait ainsi admettre qu'au début d'un probable épisode dépressif léger, des arrêts maladie à 100% pouvaient être validés en raison de limitations fonctionnelles significatives, sans qu'un traitement antidépresseur fût tout de suite exigible et sans traitement psychiatrique exigible. Le Dr E_____ a ajouté qu'il n'était toutefois pas clair pour lui quand l'épisode dépressif probablement léger initial de mai 2012 était devenu moyen avant le 1^{er} octobre 2012.

35. Dans ses observations du 29 août 2014, la défenderesse a relevé qu'à aucun moment le Dr C_____ n'avait pu déterminer une date précise à laquelle il avait posé le diagnostic d'état dépressif. Il ressortait plutôt de ses déclarations du 22 janvier 2014 qu'en date du 30 mai 2012, son patient s'était présenté avec des douleurs et il ne s'était aperçu que par la suite qu'il présentait des troubles psychiques. Enfin, le Dr C_____ avait retenu deux diagnostics dans son rapport du 5 octobre 2012, l'un de nature somatique, l'autre psychique, et précisé lors de son audition que subsistaient également des séquelles de l'affection somatique initiale qui influaient dans une certaine mesure sa capacité de travail. La défenderesse a persisté dans ses conclusions précédentes.
36. Le demandeur ne s'est pas déterminé dans le délai imparti.
37. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.
38. Sur demande de la chambre de céans du 30 avril 2015, la défenderesse a produit ses Conditions générales d'assurance (CGA) 2010, le 1^{er} mai 2015.

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) en vigueur depuis le 1^{er} 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).

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

La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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

En l'occurrence, l'art. 26 des CGA pour l'assurance perte de gain en cas de maladie, dans leur version 2010 ici déterminante, prévoit que pour toutes les actions découlant du contrat d'assurance, sont compétents au choix soit les tribunaux du domicile suisse des personnes assurées ou des ayants droit, soit ceux du siège de l'assureur.

En l'espèce, le siège de l'employeur est à Genève, de sorte que la chambre de céans est également compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

3. L'employeur en tant que preneur d'assurance et la défenderesse en qualité d'assureur ont conclu un contrat collectif d'indemnité journalière selon la LCA. Par cette convention, le demandeur était couvert contre le risque de perte de gain due à la maladie. Il s'agit d'une assurance au profit de tiers (cf. art. 18 al. 3 LCA), qui confère un droit propre à l'assuré qu'il peut faire valoir contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA, de nature impérative (cf. art. 98 LCA; arrêts du Tribunal fédéral 4A_428/2014 du 12 janvier 2015 destiné à la publication consid. 4.3 et 4A_179/2007 du 12 septembre 2007 consid. 4.2).

Par conséquent, le demandeur possède la légitimation active pour agir contre la défenderesse (cf. arrêt du Tribunal fédéral 5C.42/2005 du 21 avril 2005 consid. 3).

4. 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).

Enfin, 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)

5. Dans un premier moyen, la défenderesse invoque une amplification des conclusions du demandeur.

Dans sa demande du 10 mai 2013, le demandeur conteste le refus de la défenderesse de l'indemniser de ses jours de maladie au motif qu'une réserve médicale exclut une telle indemnisation alors qu'il n'a jamais signé d'autre réserve que celle concernant les maladies du cœur. Il précise qu'il a demandé à la défenderesse une copie de cette réserve et qu'elle a refusé de lui répondre. En outre, après avoir expliqué la situation à son médecin, celui-ci n'est pas du tout d'accord avec la position de l'assureur.

Il ressort de la motivation de la demande initiale que, d'une part, le demandeur conteste la réserve invoquée par la défenderesse et, d'autre part, il invoque un désaccord de son médecin sans préciser en quoi il consiste. Puis, lors de l'audience de comparution personnelle du 2 octobre 2013, il a fait expressément grief à la défenderesse de ne pas l'avoir indemnisé pour les troubles psychiques dont il souffrait depuis le 29 mai 2012.

Contrairement à ce que soutient la défenderesse, l'indemnité journalière demandée pour les troubles psychiques du 29 mai au 1^{er} octobre 2012 ne constitue pas une modification ou une amplification de la demande initiale. En effet, il s'agit d'une simple précision de la demande après que la défenderesse a expliqué la teneur de sa réserve, à savoir le refus de prester pour les céphalées et cervicobrachialgies diagnostiquées le 29 mai 2012 en raison de l'épuisement du droit aux prestations, le nombre maximum des indemnités prévues par le contrat pour ce diagnostic ayant été atteint.

De plus, cette précision se rapporte aux mêmes faits et la défenderesse a produit avant l'audience de comparution personnelle toutes les pièces en sa possession relatives aux troubles psychiques, de sorte que l'indemnité journalière requise n'implique pas de nouveaux moyens de preuves. Enfin, elle n'entraîne pas d'amplification des conclusions puisque le demandeur a d'emblée contesté le refus de prestations du 29 mai au 1^{er} octobre 2012. Elle peut ainsi être considérée comme une précision de la motivation que le demandeur était libre d'apporter lors de sa comparution personnelle. En effet, dans le cadre de la procédure simplifiée une motivation n'est pas nécessaire dans la demande (art. 244 al. 2 CPC) et, dans un tel cas, les parties sont citées aux débats (art. 245 al. 1 CPC) où il leur est loisible de motiver par oral la demande et la réponse (cf. Message du Conseil fédéral du 28 juin 2006 relatif au CPC, p. 6955)

6. Le litige porte sur le droit du demandeur aux indemnités journalières du 29 mai au 1^{er} octobre 2012, plus particulièrement sur l'existence d'une incapacité totale de travail attestée médicalement durant cette période en raison de ses troubles psychiques.
7. 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 plaisir 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).

8. 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). En présence 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. Ce qui compte à cet égard, c'est 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.

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3; arrêt 4A_481/2014 du 20 février 2015 consid. 2.4.1); 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).

9. 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).

Selon l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve

principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4; arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

10. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1^{er} janvier 1996, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de cette loi sont soumises au droit privé, plus particulièrement à la LCA (art. 12 al. 3 LAMal; ATF 124 III 44 consid. 1a/aa; ATF 124 III 229 consid. 2b) et au droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par la LCA (art. 100 al. 1 LCA). La LCA ne contient pas de règle d'interprétation des contrats. Comme l'art. 100 LCA renvoie au CO pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même, la jurisprudence en matière de contrats est applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du contrat. Les dispositions contractuelles préformulées sont en principe interprétées selon les mêmes règles que les clauses contractuelles rédigées individuellement (ATF 133 III 675 consid. 3.3; ATF 122 III 118 consid. 2a; ATF 117 II 609 consid. 6c).
11. Selon les CGA 2010, la défenderesse accorde la couverture d'assurance contre les pertes économiques de la maladie (art. 1). Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 2.1). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 2.4 §1). L'indemnité journalière est payée pour chaque jour d'incapacité de travail de 25% au moins, dûment constatée par un médecin. Elle se calcule selon le degré d'incapacité de travail. Le droit à des prestations subsiste aussi longtemps que la personne assurée se trouve sous traitement médical régulier et sous contrôle médical (art. 5 ch. 1 §1 et 2). L'obligation de verser des prestations commence à l'expiration du délai d'attente. Le délai d'attente court dès le jour où l'incapacité de travail de 25% au moins a été constatée par un médecin, mais au plus tôt trois jours avant le premier traitement médical (art. 5.2 §1). Pour tout cas d'assurance qui donnera vraisemblablement droit à des prestations d'assurance, l'assuré est tenu de faire appel à un médecin afin qu'il prodigue les soins qui s'imposent. La personne assurée se conformera strictement aux prescriptions du médecin (art. 11.1 let. a). L'incapacité de travail doit être annoncée à l'assurance dans un délai de quatorze jours au plus tard après l'expiration du délai d'attente (art. 11.1 let b §1).
12. a) Dans son rapport initial du 5 octobre 2012, le Dr C_____ atteste une incapacité de travail de 100% tant pour des céphalées et cervicobrachialgies gauches que pour un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques. Il précise que les premiers symptômes des maladies diagnostiquées sont apparus le 29 mai 2012.

Lors de son audition par la chambre de céans, il confirme suivre le demandeur depuis le printemps 2012 pour des problèmes somatiques et psychiques. Les troubles psychiques étaient au premier plan. Il a d'abord traité le demandeur pour des troubles somatiques, puis en discutant avec lui, il a constaté les symptômes d'un état anxieux et dépressif important qu'il décrit lors de son audition. Il justifie l'incapacité de travail par les ruminations constantes du demandeur le rendant incapable d'occuper un emploi. Il a préconisé un traitement de Lexotanil® selon l'état d'angoisse dans le but de permettre au demandeur d'être plus résistant à cette dernière. En raison de la persistance du facteur stressant, son état de santé ne s'est pas amélioré de manière significative. Il l'a encouragé à aller consulter un psychiatre ce que le demandeur n'a pas fait tout de suite, puis au vu de l'absence d'amélioration significative, il a insisté pour qu'il consulte le Dr E_____.

b) Dans son rapport du 31 décembre 2012, le Dr E_____ diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique depuis décembre 2012. Il constate une dépression, un isolement social et des troubles de la concentration. Le demandeur se plaignait également de tristesse, anhédonie partielle, fatigue, insomnies, angoisse et idées noires. L'incapacité de travail est totale dès le 1^{er} décembre 2012. Dans le questionnaire du 1^{er} février 2013, le Dr E_____ indique avoir repris le suivi psychiatrique le 1^{er} octobre 2012 et que l'incapacité de travail est totale dès cette date. Avant lui, le Dr C_____ a traité le demandeur en tant que médecin généraliste. Lors de son audition par la chambre de céans, le Dr E_____ précise que le demandeur l'a consulté en urgence le 1^{er} octobre 2012 car, selon ses dires, son état s'aggravait. Il ne peut pas se prononcer sur la capacité de travail antérieure au 1^{er} octobre 2012 car il n'a pas examiné le demandeur avant cette date. Dans son courrier du 24 août 2014, le Dr E_____ est d'avis que le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques posé par le Dr C_____ est tout à fait plausible au vu des symptômes décrits même si, selon l'échelle de Hamilton, il s'agit probablement d'un épisode dépressif moyen et non pas sévère. Au vu du rapport du Dr C_____ suggérant que le demandeur a décidé de consulter un psychiatre à la suite d'une aggravation progressive de son état de santé et de l'absence d'un traitement antidépresseur, il est plus probable que l'épisode dépressif ait d'abord été léger avant de devenir moyen. Il n'est pas clair pour lui quand l'épisode dépressif léger de mai 2012 est devenu moyen avant le 1^{er} octobre 2012. Quoi qu'il en soit, l'incapacité de travail peut être considérée comme totale, même en cas d'épisode dépressif léger ou moyen, car elle n'est pas liée à la sévérité de l'épisode dépressif mais aux limitations fonctionnelles objectivables.

c) Dans son rapport du 4 décembre 2012, le Dr D_____ se borne à évaluer l'état de santé du demandeur sur le seul plan somatique en laissant le soin au Dr E_____ de prendre en charge les arrêts de travail sur le plan thymique. Par conséquent, ce rapport n'est d'aucune utilité pour apprécier l'état de santé du demandeur sur le plan psychique du 29 mai au 30 septembre 2012

d) Il ressort des appréciations des Drs C_____ et E_____ que même si ces deux médecins ne sont pas unanimes quant à la sévérité de l'épisode dépressif, qui s'est manifesté entre le 29 mai et le 30 septembre 2012, cette divergence n'a aucune incidence sur l'incapacité de travail du demandeur. En effet, elle doit être considérée comme totale - que l'épisode dépressif soit de sévérité légère ou moyenne - au vu des limitations fonctionnelles du demandeur, à savoir notamment les ruminations constantes avec troubles de la concentration. Par conséquent, ces appréciations ne sont pas contradictoires. En définitive, en confrontant l'appréciation du Dr C_____ à celle du Dr E_____, il y a lieu d'accorder une valeur probante entière à celle-là qui remplit tant les conditions formelles que matérielles requises à ce sujet. En effet, elle repose sur une anamnèse et mentionne les plaintes du demandeur ainsi que le contenu de ses observations cliniques. En outre, elle motive l'incapacité de travail par l'existence des limitations fonctionnelles que le Dr C_____ a décrites lors de son audition. Enfin, elle ne contient pas de contradictions et d'incohérences. Par conséquent, au vu de l'appréciation du Dr C_____, le demandeur a établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il souffrait de troubles psychiques incapacitants du 29 mai au 30 septembre 2012, de sorte qu'il a en principe droit aux indemnités journalières pour cette période.

13. La défenderesse conteste la valeur probante du rapport du Dr C_____ au motif que ce médecin n'a pas pu déterminer la date précise à laquelle il a posé le diagnostic d'état dépressif, que le demandeur s'est présenté à la consultation initiale du 30 mai 2012 en se plaignant de douleurs et que le médecin traitant ne s'est aperçu que par la suite de l'existence de troubles psychiques, que les troubles dépressifs étaient au second plan car ils figurent dans cet ordre dans le rapport du 5 octobre 2012, enfin que le diagnostic posé ne correspond pas au traitement instauré.

a) L'hypothèse de la défenderesse, selon laquelle les troubles psychiques étaient au second plan, le 29 mai 2012, parce qu'ils sont mentionnés dans cet ordre dans le rapport initial, est formellement contredite par le Dr C_____. En effet, ce dernier a clairement indiqué lors de son audition par la chambre de céans que les troubles psychiques étaient au premier plan lors de son examen initial du 29 mai 2012.

b) Le fait que le demandeur se soit plaint de troubles somatiques lors de la consultation du 29 mai 2012 n'entre pas en contradiction avec l'appréciation du Dr C_____. En effet, les précisions apportées par celui-ci lors de son audition par la chambre de céans confirment qu'il a d'abord traité le demandeur pour des troubles somatiques, puis en discutant avec lui, il a constaté une grande irritabilité avec troubles du sommeil importants, réveils nocturnes et réveil matinal précoce, troubles de la concentration et de la mémoire. En creusant, il a appris que le demandeur vivait une situation stressante sur le plan familial, hautement anxiogène, ce qui lui a permis de mettre en rapport les troubles psychiques avec cette situation et de poser un diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Ces explications établissent que le demandeur n'a pas fait le lien entre les douleurs

qu'il ressentait, son irritabilité, ses troubles du sommeil, ses troubles de la concentration et mnésiques et la situation stressante hautement anxiogène qu'il vivait, raison pour laquelle il n'en a pas parlé spontanément au Dr C_____. Ce dernier n'a mis en évidence les troubles psychiques qu'en discutant avec son patient. Par conséquent, après avoir traité le demandeur dans un premier temps pour des troubles somatiques, il s'est rendu compte que les troubles psychiques, bien que tus ou cachés par le demandeur, étaient en réalité au premier plan dès son premier examen. Le fait qu'en définitive, le Dr C_____ ait rattaché l'incapacité de travail aux troubles psychiques dès sa première consultation n'est pas critiquable, mais dénote simplement les difficultés à poser d'emblée un diagnostic exact chez un patient qui tait ou occulte ses troubles psychiques. De plus, la situation stressante sur le plan familial et hautement anxiogène mise en évidence par le médecin traitant et qui existait déjà au moment de l'examen du 29 mai 2012 établit au degré de la vraisemblance prépondérante la réalité de l'incapacité de travail pour des raisons psychiques dès cette date. D'ailleurs, interrogé sur l'appréciation du Dr C_____, le Dr E_____ n'a pas contesté l'existence d'une incapacité de travail dès le 29 mai 2012.

Dans la mesure où la défenderesse a déclaré lors de l'audience du 2 octobre 2013 que, sur le plan psychique, elle s'en est remise à l'appréciation du psychiatre traitant et n'a pas requis d'expertise par un spécialiste comme le lui en donnait le droit ses CGA (art. 11.1 let. b), elle ne dispose d'aucun élément médical pertinent lui permettant de contester l'existence d'une incapacité de travail pour raison psychique dès le 29 mai 2012. Par conséquent, elle échoue dans sa tentative d'apporter une contre-preuve à l'existence d'une incapacité de travail pour troubles psychiques du 29 mai au 30 septembre 2012.

c) S'agissant de la contradiction que voit la défenderesse entre le diagnostic posé et le traitement instauré par le médecin traitant, le Dr C_____ s'en est expliqué lors de son audition. En effet, il a constaté une situation familiale stressante et hautement anxiogène provoquant un état anxieux et dépressif important. Il a prescrit des anxiolytiques dans le but d'accroître la résistance à l'angoisse, mais l'état de santé du demandeur ne s'est pas amélioré de façon significative en raison de la persistance du facteur stressant.

Au vu de ces explications, la chambre de céans ne discerne pas en quoi le fait de prescrire un traitement anxiolytique serait en contradiction avec la présence d'un état anxieux et dépressif important.

d) En définitive, la défenderesse ne fait mention d'aucun élément objectivement vérifiable ignoré dans le cadre de l'appréciation du Dr C_____ et suffisamment pertinent pour en remettre en cause ses conclusions. En effet, elle se limite pour l'essentiel à faire part de son désaccord avec le contenu de l'appréciation du Dr C_____ et à substituer sa propre vision des faits, sans faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente.

14. Il y a encore lieu de préciser que le fait que l'incapacité de travail du 29 mai au 30 septembre 2012 soit attestée par le Dr C_____, qui n'est pas psychiatre mais généraliste, n'a aucune incidence sur le droit à l'indemnité journalière. En effet, les CGA de la défenderesse posent comme seule exigence que l'assuré fasse appel à un médecin afin qu'il prodigue les soins qui s'imposent et qu'il se conforme strictement aux prescriptions du médecin (art. 11.1 let. a), sans qu'elles ne prescrivent le recours à un spécialiste. Au demeurant, il est habituel que les états dépressifs soient dans un premier temps soignés par le médecin traitant qui n'adresse son patient à un spécialiste en psychiatrie que si le traitement qu'il a prodigué n'apporte pas d'amélioration suffisante. En outre, le fait que le demandeur n'ait pas tout de suite consulté un psychiatre ne constitue pas une violation de l'obligation de diminuer le dommage au sens de l'art. 61 al. 2 LCA. En effet, il apparaît que le Dr C_____ lui a uniquement prodigué dans un premier temps de simples encouragements dans ce sens. Puis, lorsqu'il a insisté pour que le demandeur consulte le Dr E_____, au vu de l'absence d'amélioration significative à la suite du traitement à base de Lexotanil®, son patient a immédiatement obtempéré. Le Dr E_____ a d'ailleurs souligné l'excellente compliance du demandeur lors de son audition par la chambre de céans.

Au vu de ce qui précède, le demandeur a droit aux indemnités journalières qu'il réclame du 29 mai au 30 septembre 2012 et non pas jusqu'au 1^{er} octobre 2012 comme il le soutient. En effet, la défenderesse l'a déjà indemnisé pour l'incapacité de travail courant du 1^{er} octobre 2012 au 30 avril 2013 après déduction du délai d'attente de vingt et un jours prévu par la police.

15. La demande doit dès lors être partiellement admise.

S'agissant des dépens réclamés par la défenderesse, elle n'y a pas droit dès lors qu'elle succombe (cf. art. 106 al. 1 CPC).

Pour sa part, bien qu'il obtienne gain de cause, le demandeur qui n'est pas représenté par un conseil n'a pas droit à des dépens.

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

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Condamne la défenderesse à verser au demandeur l'indemnité journalière pour la période du 29 mai au 30 septembre 2012.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14), sans égard à sa valeur litigieuse (art. 74 al. 2 let. b LTF). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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