

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1186/2016

ATAS/645/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 juillet 2017

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au GRAND-LANCY, représenté par
APAS-Association permanence de défense des patients et assurés

demandeur

contre

MUTUEL ASSURANCES SA, Service juridique, sise rue des
Cèdres 5, MARTIGNY

défenderesse

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Pierre-Bernard PETITAT et
Christian PRALONG, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né le _____ 1964, suisse d'origine irakienne, domicilié dans le canton de Genève, a été engagé en qualité de vitrier par l'entreprise B_____ SA (ci-après : l'employeur) à compter du 10 juillet 2006.

À ce titre, il bénéficiait d'une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie, souscrite par l'employeur auprès de Mutuel assurances SA (ci-après : Mutuel ou la défenderesse), conformément au contrat-cadre d'assurance des métiers genevois du second-œuvre et aux conditions générales d'assurance, édition 2011.

2. Le 25 mars 2007, l'assuré a été victime d'un infarctus du myocarde, ayant nécessité une angioplastie avec mise en place d'un stent. Il en était résulté une souffrance psychologique. Il a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI). Dans ce contexte, l'assuré a été soumis à une expertise de médecine interne en 2007 et de psychiatrie en avril 2008. Sur cette base, le service médical régional AI a retenu que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais de 50% dans une activité adaptée. Ainsi, par décision du 3 novembre 2008, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une demi-rente dès le 25 mars 2008, fondée sur un degré d'invalidité de 50%.
3. Dans son rapport du 21 avril 2015, adressé à Mutuel, le docteur C_____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-traitant, a posé les diagnostics, de syndrome d'apnées du sommeil (asthénie avec somnolence diurne) depuis mars 2015 ayant une répercussion sur la capacité de travail, et d'infarctus depuis 2008, sans effet sur la capacité de travail. L'assuré prenait des médicaments (Aspirine, Métoprolol, Diovan, Procoralan, Sortis, Deroxat). Il présentait une fatigue avec somnolence depuis février 2011. L'asthénie était de plus en plus forte. Il se plaignait de fatigue et d'un sommeil diurne irrésistible. Il n'était plus en mesure de tenir une journée de travail. L'incapacité de travail totale remontait au 26 février 2015 et était prévue jusqu'au 1^{er} mai 2015. Le pronostic dépendait de l'évolution thérapeutique.
4. Le 28 avril 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.
5. Par courrier du 18 mai 2015, adressé à l'OAI, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré présentait une aggravation de son état de santé avec une forte somnolence diurne et une asthénie importante dues à un syndrome d'apnées du sommeil sévère (sommeil inférieur à 73%). Il était incapable de travailler et une réévaluation de sa rente à 100% était nécessaire.
6. Mandaté par Mutuel pour une expertise, le 18 juin 2015, l'assuré a été examiné par le docteur D_____, spécialiste en médecine interne. Il a établi son rapport le 25 juin 2015, qui repose sur le dossier (transmis), l'anamnèse et les plaintes.

À cette occasion, l'assuré a déclaré qu'il travaillait à 50% auprès de son employeur avec des horaires entre 8h et 12h tous les matins, du lundi au vendredi. Il se plaignait d'une asthénie ayant nettement augmenté depuis deux ans. Son épouse avait remarqué des ronflements la nuit et il décrivait une somnolence diurne, avec une tendance à s'endormir très facilement après le repas et devant la télévision. Un enregistrement du sommeil (polysomnographie) avait été réalisé pendant une nuit, ayant mis en évidence un SAS (syndrome d'apnées du sommeil). Depuis deux mois et demi, il était équipé d'un appareil à pression positive continue (CPAP). Il signalait une difficulté à le supporter la nuit. En moyenne, il l'utilisait entre deux à cinq heures. Il était gêné par le masque et il notait une sensation de gorge sèche malgré l'humidificateur. Pendant la journée, la somnolence persistait. Il se sentait incapable de reprendre son travail.

L'expert a relevé qu'il n'y avait a priori pas eu de contrôle polysomnographique avec cet appareil CPAP. L'assuré collaborait à l'examen. Aucun signe de somnolence n'avait été observé durant l'entretien. Il s'exprimait correctement en français, mais certaines questions devaient être reformulées. L'examen oropharyngé ne montrait aucune anomalie. Au niveau cardio-vasculaire, les bruits du cœur étaient réguliers, sans souffle. Au niveau pulmonaire, l'auscultation mettait en évidence un murmure vésiculaire symétrique dans les deux champs pulmonaires, sans sibilance, ni ronchus, ni cyanose, ou hippocratisme digital. La saturation en oxygène était à 95%, ce qui était normal. Au niveau abdominal, le ventre était souple. Aucun signe de hernie n'était constaté au niveau inguinal. Il n'y avait aucune douleur du rachis, ni contracture paravertébrale. Au niveau neurologique, aucun déficit moteur des quatre membres n'était relevé. Les réflexes ostéotendineux étaient symétriques tant au niveau des membres supérieurs qu'inférieurs.

L'expert a noté qu'il ne disposait d'aucun élément sur les différents bilans réalisés, notamment en ce qui concernait le compte-rendu de la polysomnographie. Il ignorait le nombre d'apnées, la saturation moyenne la nuit et le niveau de sommeil. Le diagnostic relatif aux signes cliniques et paracliniques correspondait à une obstruction du pharynx membraneux durant le sommeil profond (syndrome d'apnées obstructives du sommeil), en phase de stabilisation sous traitement. L'expert a relevé que la CPAP était efficace dans les SAS sévères, mais qu'il était parfois nécessaire pendant les premières semaines d'adapter les pressions. Il apparaissait ainsi nécessaire de réaliser une polysomnographie sous CPAP pour évaluer l'efficacité objective de ce traitement.

S'agissant des limitations, l'expert a noté que le SAS entraînait en général une somnolence, laquelle n'avait toutefois été constatée ni dans la salle d'attente ni pendant la consultation. Dès lors que l'assuré effectuait un travail de quatre heures le matin, nécessitant un effort physique modéré, sans besoin de concentration importante, aucune limitation n'était retenue dans le métier de vitrier. L'employeur employait une trentaine de personnes pour la fabrication de fenêtres. Deux

employés, dont l'assuré, étaient affectés à la pose des vitres. Le port de charges était variable. En cas de poids important, ils pouvaient œuvrer à plusieurs, en utilisant des ventouses pour assurer leur mise en place.

Sur cette base, l'expert a conclu qu'au 18 juin 2015, date de l'expertise, l'incapacité de travail était nulle sur le plan horaire sans baisse de rendement, dans l'activité habituelle effectuée à temps partiel. La question d'une activité adaptée était sans objet en l'absence de limitation retenue dans le dernier emploi. Le pronostic était réservé, compte tenu de la mention d'une intolérance à l'appareil CPAP. Une amélioration était possible si une polysomnographie sous CPAP était réalisée afin d'adapter les pressions et d'évaluer l'efficacité du traitement.

7. Le 21 août 2015, la doctoresse E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté une incapacité de travail totale dès cette date jusqu'au 21 septembre 2015.
8. Le 24 août 2015, l'employeur a transmis à Mutuel une « déclaration d'incapacité de travail maladie ». L'incapacité de travail remontait au 21 août 2015. La veille, l'assuré avait travaillé pour la dernière fois.

L'employeur a, par la suite, communiqué à Mutuel les certificats d'arrêt de travail suivants, établis par la Dresse E_____ :

- le certificat du 15 septembre 2015 mentionne une incapacité de travail totale du 21 septembre au 21 octobre 2015 ;
 - le certificat du 20 octobre 2015 mentionne une incapacité de travail totale du 21 octobre au 21 novembre 2015 ;
 - le certificat du 17 novembre 2015 mentionne une incapacité de travail totale du 21 novembre au 21 décembre 2015 ;
 - le certificat du 17 décembre 2015 mentionne une incapacité de travail totale du 21 décembre 2015 au 21 janvier 2016 ;
 - le certificat du 7 janvier 2016 mentionne une incapacité de travail totale du 21 janvier au 21 février 2016 ;
 - le certificat du 23 février 2016 mentionne une incapacité de travail totale du 21 février au 21 mars 2016.
9. Par courrier du 26 octobre 2015, adressé à l'OAI, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré souffrait actuellement d'un état anxio-dépressif sur choc post-traumatique, nécessitant un suivi spécialisé ; des cervico-brachialgies sur uncarthrose C3-C4, C6-C7 ; et d'un syndrome d'apnées du sommeil sévère.
 10. Mandatée par Mutuel pour une expertise psychiatrique, la doctoresse F_____, spécialiste en psychiatrie, a examiné l'assuré le 13 novembre 2015.
 11. Le lendemain, Mutuel a reçu une brève communication établie par l'experte indiquant qu'au jour de l'examen, l'incapacité de travail était nulle, sans baisse de

rendement dans l'activité habituelle exercée à temps partiel. Dans une activité adaptée, la question tombait dans la mesure où il n'y avait pas de handicap.

12. Par courrier du 24 novembre 2015, Mutuel a fait savoir à l'assuré que, quand bien même au jour de l'examen le 13 novembre 2015 il pouvait mettre à profit une pleine capacité de travail, elle était disposée, à titre exceptionnel, à prendre en charge son arrêt de travail jusqu'au 29 novembre 2015, date à compter de laquelle elle mettrait un terme aux prestations. Dans ce contexte, un certificat médical était insuffisant pour justifier une éventuelle poursuite de l'incapacité de travail au-delà de cette date. Seul un rapport médical détaillé serait pris en compte par le médecin-conseil pour examiner le bien-fondé d'une prolongation des versements.
13. Par courrier du 25 novembre 2015, adressé à la Dresse F_____, la Dresse E_____ a indiqué que l'assuré la consultait dans le cadre d'une thérapie TPPI (traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré). Le tableau clinique était désastreux tant sur le plan psychologique que somatique. Son état dysthymique donnait lieu à des épisodes dépressifs sévères. Ses troubles du sommeil ne cessaient d'aggraver son état d'épuisement. Ses idées noires se chronicisaient. Ses troubles d'émotivité prenaient de plus en plus de place en son discours pessimiste. Il était de plus en plus ralenti en « ses mouvements et le débit de son discours ». L'assuré, dont la personnalité psychopathologique était fragile, devenait potentiellement à haut risque, compte tenu de l'aggravation continue de l'état d'usure précoce de sa personne. Une reprise de travail, qui pourrait conditionner une décompensation irréversible somatique avec de lourdes conséquences personnelles et familiales, était contre-indiquée.
14. Le même jour, la Dresse F_____ a établi son rapport d'expertise, qui repose, outre l'entretien du 13 novembre 2015, sur le dossier, l'anamnèse, et les plaintes de l'assuré.

Celui-ci avait déclaré qu'il était lent et fatigué en raison des douleurs prédominant au niveau du bras droit et de l'épaule. Il relatait une angoisse, qu'il décrivait comme une sorte d'oppression thoracique, ainsi qu'une tristesse et une inquiétude. Il ne se plaignait pas de difficultés relationnelles avec son entourage familial ou professionnel. Il n'évoquait pas d'idées de type suicidaire, ni de ruminations morbides, ni de troubles mnésiques, ni d'altération de l'humeur, ni de perte de plaisir pour les activités habituellement agréables. Ses plaintes étaient principalement une sensation de fatigue. Il ne mentionnait pas de troubles du sommeil, ni d'irritabilité.

Sa présentation était tout à fait dans la norme. Il apparaissait collaborant, avec un discours fluide et cohérent.

L'experte a noté qu'au jour de l'examen, l'assuré centrait son discours sur ses limitations physiques secondaires suite à une chute en 1992 d'une hauteur estimée à huit mètres, survenue dans le cadre d'un accident de travail. Il évoquait ses limitations professionnelles d'ordre médical, mentionnant un état d'anxiété lié à son

statut cardiologique, pour lequel il était actuellement pris en charge. Il n'avait pas signalé l'épisode dépressif retenu lors de l'expertise psychiatrique réalisée en 2008 (dans le cadre de la première demande de prestations AI) et n'avait pas fait état de difficultés relationnelles, notamment dans le domaine professionnel malgré l'évocation d'un trouble de la personnalité évitante. Selon l'experte, la problématique rapportée était davantage d'ordre somatique. L'assuré avait toutefois affirmé que depuis l'aggravation de ses troubles de santé physiques, particulièrement l'infarctus du myocarde, il présentait une altération de l'humeur, ainsi qu'un sentiment de fatigue tant morale que physique, et se sentirait extrêmement stressé.

L'examen clinique n'avait pas permis d'objectiver un état de tension anxieuse, ni des angoisses. Malgré la barrière de la langue, il était relevé une absence de cohérence entre, d'une part, le discours de l'assuré et sa tentative de démontrer son angoisse et d'autre part, l'observation clinique. L'examen psychiatrique n'était pas altéré par la barrière linguistique. Concernant les troubles de l'humeur, les constatations objectives ne permettaient pas de corroborer les plaintes de l'assuré. Même si celui-ci se disait triste et inquiet, il n'existait pas de façon objective une réelle altération de l'humeur. D'ailleurs, la sthénie était conservée tout au long de l'entretien. Le contact relationnel avec l'experte n'était pas altéré par une inhibition de type personnalité anxieuse évitante. Il n'était pas objectivé de tendance à l'irritabilité, ni de tendance à l'émotivité. Aucun élément ne permettait d'objectiver un ralentissement psychomoteur.

L'ensemble de l'examen clinique actuel était totalement normal, de sorte que l'experte n'a pas retenu une symptomatologie significative entrant dans un cadre diagnostic reconnu par l'ICD-10, en particulier de la lignée des épisodes dépressifs ou des troubles anxieux. La fatigue semblait liée au syndrome d'apnées du sommeil pour lequel il bénéficiait d'un appareillage qu'il disait mal supporter et ne porter que quelques heures par semaine, au lieu de chaque nuit. S'agissant du diagnostic d'état de stress post-traumatique évoqué par le médecin traitant, il n'était pas retrouvé de flashbacks diurnes ou nocturnes, ni d'état d'hypersensibilité ou d'hypovigilance, ni d'attitude d'évitement, lesquels étaient les principaux symptômes évocateurs d'un tel diagnostic. L'assuré n'avait d'ailleurs pas évoqué les événements vécus en Irak (emprisonnement, tortures) lors de l'entretien. Ainsi, sans remettre en cause les traumatismes vécus par le passé, ni l'éventualité d'un PTSD (trouble de stress post-traumatique) par le passé, ce trouble n'était plus actif actuellement et les éventuelles séquelles ne paraissaient pas altérer son fonctionnement au quotidien.

S'agissant du trouble de la personnalité anxieuse évitante, il n'était pas objectivé de présence d'une déviation profondément enracinée, se manifestant à travers une conduite rigide, inadaptée et dysfonctionnelle lors de situations personnelles et sociales très variées et ayant débuté à la fin de l'enfance ou de l'adolescence. Il n'existait pas non plus d'impact nuisible et objectivable d'un tel trouble sur

l'environnement de l'assuré. Même s'il rencontrait des difficultés en raison d'un déracinement socio-culturel compréhensible depuis son arrivée sur le territoire helvétique, il ne présentait pas une personnalité à caractère exubérant. En revanche, l'experte a noté une accumulation de difficultés dans le cadre médical du fait de l'infarctus du myocarde et de l'accident du travail. Ces éléments ne permettaient pas en eux-mêmes d'expliquer une altération profonde de la personnalité. Au final, l'assuré recherchait peut-être des bénéfices secondaires à caractère social, en raison de son histoire personnelle et d'antécédents médicaux, lesquels ne présentaient pas en eux-mêmes de caractère absolument exceptionnel.

Le dosage de la paroxétine témoignait d'une bonne compliance de l'assuré à ce traitement antidépresseur, lequel agissait également sur l'anxiété. L'experte recommandait ainsi la poursuite du Deroxat (paroxétine) pour un simple bénéfice de confort, puisqu'il n'était pas retrouvé d'altération objective de l'humeur permettant de préconiser une poursuite à but thérapeutique de ce traitement.

Elle a conclu qu'au jour de l'expertise, le 13 novembre 2015, sur le plan strictement psychiatrique, l'incapacité de travail était nulle, sans baisse de rendement dans l'activité habituelle de vitrier exercée à 50%. Il n'existait aucune pathologie avérée d'origine psychiatrique permettant de retenir des limitations dans le cadre professionnel. La question de l'incapacité de travail dans une activité adaptée tombait, en l'absence de handicap sur le plan psychique.

En annexe au rapport d'expertise étaient joints notamment les documents suivants :

- le rapport du 12 avril 2013 du docteur G_____, spécialiste FMH en cardiologie, aux termes duquel depuis l'angioplastie en 2007, les contrôles échocardiographiques avaient permis de constater une akinésie antéro-apicale étendue avec une récupération partielle de la fonction systolique du ventricule gauche. À l'examen clinique, l'assuré était en état général bien conservé avec un poids de 86 kg pour une taille de 170 cm. Le pouls était régulier, sans signe d'insuffisance cardiaque droite ni gauche. L'auscultation cardio-pulmonaire était sans particularité. La présence d'une akinésie apico-antérieure avec diminution modérée de la fonction systolique était constatée. La fraction d'éjection était estimée à 45%. L'assuré présentait une surcharge pondérale marquée en progression depuis son infarctus avec une anamnèse compatible avec un syndrome de l'apnée du sommeil ;
- le rapport de polysomnographie du 5 mars 2015 relatif à l'enregistrement nocturne continu de l'EEG, lequel a mis en évidence un ronflement important durant 64% de la nuit. Le diagnostic de syndrome d'apnées obstructives du sommeil était posé. L'utilisation d'un CPAP était recommandée ;
- le rapport du 15 juillet 2015 du docteur H_____, spécialiste FMH en médecine nucléaire, aux termes duquel l'épreuve de stress physique cliniquement et électriquement était négative. La fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) était normale ;

- le résumé du séjour du 2 août 2015, établi par les Hôpitaux universitaires de Genève, lesquels ont posé le diagnostic principal d'angine de poitrine. L'assuré se plaignait de petites douleurs thoraciques sous-mammelonnaires gauches sans irradiation dans des contextes d'effort et de sport. Ce jour, alors qu'il portait son enfant dans les bras, il présentait une douleur thoracique similaire à celle de son infarctus en 2007. L'ECG n'avait pas relevé de signe d'une ischémie aiguë. Il convenait de revoir le cardiologue traitant. Une hospitalisation n'était pas indiquée ;
- la radiographie de la colonne cervicale du 16 septembre 2015 fait état d'une ostéochondrose intervertébrale multi-étagée plus marquée au niveau C3-C4 avec ostéophytose antérieure et de moindre mesure au niveau C2-C3 et C4-C5, d'une uncarthrose bilatérale plus marquée au niveau C3-C4 et C6-C7, et d'une arthrose de l'articulation facéttaire modérée au niveau C6-C7. Les tissus paravertébraux étaient sans particularité ;
- le rapport du 24 septembre 2015 de la Dresse E_____, qui a posé les diagnostics suivants : séquelles de stress post-traumatique, dysthymie, syndrome somatique, personnalité à risque et trouble du sommeil significatif. L'assuré se sentait épuisé, sous tension, ses réflexes étaient ralentis, ses jambes étaient lourdes, son corps tremblait, il recherchait à reprendre son souffle en allant s'asseoir. Il avait de la peine à se concentrer, voire à se rappeler certaines consignes de son responsable. Avant son congé maladie, par manque d'attention et de tonus sur son lieu de travail, une vitre était tombée de ses mains et s'était brisée. Son état de sommeil était perturbé, avec des apnées et un syndrome de jambes sans repos qui nécessitait un appareil de respiration pour ne pas aggraver sa souffrance cardiaque, renforçant son état d'épuisement, créant un état discontinu d'irritabilité, de nervosité, sous tension psychologique, avec l'impression de se sentir dépassé, non disponible pour accomplir une tâche exigeant de sa part un effort continu.

Selon la spécialiste, toute continuation professionnelle partielle représentait une condition certaine d'aggravation au vu de la souffrance significative cardiaque. Les faits suivants étaient intimement liés à l'état de santé de l'assuré : son enfance et son adolescence malheureuses, chargées de frustrations ; ses années d'enfer entre ses 19 et 26 ans, lorsqu'il se déplaçait entre villages et montagnes au nord de l'Irak dans le contexte de sa lutte avec ses camarades contre l'ancien système féroce ; les violences subies et vécues avec sa première compagne durant environ sept ans ; son désir de travailler à 50% jusqu'à ces derniers temps au point de s'épuiser et aggraver sa souffrance psychologique voire somatique ; la perte de son grand frère en Irak l'avait sensiblement affecté ;

- le rapport du 29 septembre 2015 de la Dresse E_____, adressé à l'OAI en vue de la révision de la rente. Elle a posé les diagnostics avec effet sur la capacité

de travail suivants : état de stress post-traumatique (F43.1) et dysthymie (F34.1) ;

- l'échographie cardiaque du 30 octobre 2015, qui a mis en évidence un ventricule gauche discrètement dilaté avec une diminution modérée inhomogène de la fonction systolique. La fraction d'éjection était visuellement estimée à 45%.
15. Par courrier du 30 novembre 2015, adressé au médecin-conseil de Mutuel, le Dr C_____ a écrit que l'assuré présentait un état dépressif aggravé et qu'il était suivi par Monsieur I_____, psychologue.
 16. En réponse au courrier de la Dresse E_____ du 25 novembre 2015, par courrier du 4 décembre 2015, la Dresse F_____ a fait savoir qu'elle n'avait pas retenu de diagnostic psychiatrique. L'assuré avait axé sa problématique principale sur la sphère somatique. Les plaintes de l'altération de l'humeur, le sentiment de fatigue morale et physique, ainsi que le stress éprouvé ne rentraient pas dans une catégorie nosographique de type trouble de l'humeur ou trouble anxieux, mais étaient au deuxième plan de la situation somatique, décrite comme problématique. Il ressortait par ailleurs du courrier de la Dresse E_____ du 25 novembre 2015, selon laquelle la reprise du travail pourrait engendrer une décompensation somatique avec de lourdes conséquences personnelles et familiales, que la problématique était bien somatique et non pas psychiatrique. En l'absence d'éléments médicaux probants corroborant une péjoration de l'état psychique de l'assuré, l'experte a maintenu ses conclusions. La Dresse F_____ spécifiait enfin qu'elle communiquerait son courrier du 4 décembre 2015 à Mutuel.
 17. Le décompte de prestations du 4 décembre 2015 indique que Mutuel verserait sur le compte de l'assuré la somme de CHF 2'532.30 (29 jours indemnités × CHF 87.32 [montant journalier]) suite à l'incapacité de travail totale du 1^{er} au 29 novembre 2015.
 18. Par pli du 14 décembre 2015, l'employeur a adressé à Mutuel trois nouveaux certificats de prolongation de l'arrêt de travail, de durée indéterminée.

Les annexes ne figuraient pas dans le dossier.
 19. Par courrier du 17 décembre 2015, adressé à la Dresse F_____, la Dresse E_____ et M. I_____ ont reproché à l'experte que son appréciation reposait sur des considérations théoriques, sans tenir compte des liens étroits entre le tableau clinique et la souffrance psychologique (dysthymie, trouble anxieux organique, déficits cognitifs, troubles mentaux dus à des affections physiques). Il existait une réelle décompensation par le changement d'un comportement assez significatif, et pas seulement une décompensation de nature somatique. La « décompensation irréversible somatique » mentionnée dans le rapport du 25 novembre 2015 impliquait nécessairement une décompensation psychologique. La fragilisation de la personne par les traumatismes précédents pouvait conditionner la décompensation psychologique actuelle liée ou non à sa souffrance physique.

L'assuré avait tenté de reprendre son emploi le 30 novembre 2015, sans succès. Enfin, la Dresse E_____ et M. I_____ reprochaient à la Dresse F_____ d'avoir communiqué son courrier du 4 décembre 2015 à Mutuel sans le consentement de l'assuré, qui ne l'avait pas déliée du secret médical. Ils lui ont par ailleurs demandé de clarifier s'il existait un lien de subordination avec Mutuel.

20. Le 5 janvier 2016, Mutuel a restitué à l'assuré les nouveaux certificats émanant du Dr C_____. Elle a renvoyé l'assuré à sa correspondance du 24 novembre 2015.
21. Le 11 janvier 2016, la Dresse F_____ a répondu à la Dresse E_____ que Mutuel lui avait confié un mandat d'expertise psychiatrique et que, dans ce cadre, elle lui avait adressé son rapport du 25 novembre 2015 pour la suite de l'instruction du dossier, ainsi que le courrier de la Dresse E_____ du même jour et sa réponse audit courrier du 4 décembre 2015.
22. Par courrier du 13 janvier 2016, adressé à Mutuel, le Dr G_____ a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis avril 2007 en raison d'une cardiopathie ischémique. Sur le plan physique, l'état clinique restait stationnaire. L'assuré avait repris une activité professionnelle à 50% et se déplaçait beaucoup à vélo. Il présentait toutefois une dyspnée marquée lors des efforts isométriques importants, tels que le port de charges lourdes, lesquels n'étaient pas adaptés à son état cardiologique. L'assuré avait bien toléré le traitement d'Ivabradine, introduit à une dose de 2×7.5 mg par jour, ce qui avait entraîné une nette amélioration subjective de la symptomatologie à l'effort physique. L'assuré souffrait également d'un syndrome de l'apnée du sommeil équipé d'un CPAP. Il présentait toutefois un état de fatigue chronique dans le contexte d'un état dépressif en cours de traitement auprès de la Dresse E_____, qui rendait une reprise du travail à 50% quasiment impossible. Un contrôle cardiologique et psychiatrique régulier était indispensable.
23. Par courrier du 18 janvier 2016, l'assuré a fait part de sa stupéfaction à la Dresse F_____. Se référant aux avis unanimes de tous les médecins l'ayant examiné, selon lesquels l'assuré était inapte à travailler en raison de son état physique et psychologique, il lui a demandé de bien vouloir réexaminer sa position.
24. Le 27 janvier 2016, Mutuel a informé l'assuré que, selon son médecin-conseil, les informations complémentaires transmises ne justifiaient pas la prolongation de l'arrêt de travail au-delà du 29 novembre 2015.
25. Le 1^{er} février 2016, le Dr C_____ a également demandé au médecin-conseil de Mutuel de bien vouloir réexaminer le dossier de l'assuré, lequel se trouvait en arrêt de travail depuis le 14 décembre 2015. L'assuré avait consulté trois médecins (cardiologue, psychiatre et lui-même) qui retenaient une pleine incapacité de travail.
26. Par acte du 19 avril 2016, l'assuré a déposé par devant la chambre de céans, sous suite de frais et dépens, une demande en paiement de CHF 12'224.80, sous réserve d'amplification, correspondant aux indemnités journalières maladie du 1^{er} décembre 2015 au 18 avril 2016. Il a également conclu au paiement des

indemnités journalières dès le 19 avril 2016, date du dépôt de la demande en paiement, jusqu'à la fin de son arrêt maladie. Au préalable, il a conclu à son audition, ainsi qu'à celle des Drs C_____, E_____ et I_____, puis à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comprenant les volets psychiatrique, orthopédique et cardiologique.

Il a expliqué, se référant aux rapports de ses médecins traitants, qu'il présentait une incapacité de travail totale depuis le 20 août 2015 en raison de problèmes psychiques, cardiaques, orthopédiques et d'apnées du sommeil, de sorte que la défenderesse devait lui verser des prestations jusqu'à la fin de son arrêt maladie. La somme de CHF 12'224.80 était obtenue en multipliant cent quarante jours par le montant journalier de CHF 87.32. Il a critiqué le rapport de la Dresse F_____, alléguant qu'il comportait des erreurs et des contradictions. La spécialiste ne s'était par ailleurs pas renseignée auprès des médecins traitants, si bien qu'elle avait mal apprécié le cas. Au besoin, il y avait lieu d'ordonner une expertise pluridisciplinaire.

27. Dans une note du 8 juin 2016, le docteur J_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin-conseil, a écrit que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail à 50% depuis 2008 en raison d'une cardiopathie ischémique – SAS avec dyspnée à l'effort. Les rapports des Drs G_____ et C_____ des 14 janvier et 1^{er} février 2016 n'apportaient aucun élément objectif médical nouveau attestant une augmentation de l'incapacité de travail ni une prolongation de l'arrêt de travail au-delà du 29 novembre 2015.
28. Dans sa réponse du 20 juin 2016, la défenderesse a conclu au déboutement du demandeur, sous suite de frais et dépens. S'appuyant sur le rapport d'expertise du Dr D_____ du 25 juin 2015, elle a considéré que le demandeur ne présentait aucune anomalie sur le plan somatique. Il pratiquait un travail à temps partiel (quatre heures le matin), nécessitant un effort physique modéré, sans besoin de concentration importante. Dans ce sens, aucune limitation n'était retenue dans son activité habituelle de vitrier. Ainsi, aucune incapacité de travail n'était justifiée dès le 18 juin 2015, date de l'expertise. S'agissant du problème cardiologique, le médecin traitant, le Dr G_____, n'avait d'ailleurs signé aucune incapacité de travail. Se référant au rapport d'expertise de la Dresse F_____ du 25 novembre 2015, qui devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, selon la défenderesse, cette dernière a estimé qu'il n'existait aucune pathologie avérée d'origine psychiatrique permettant de retenir des limitations dans le cadre professionnel. La capacité de travail était entière, sans baisse de rendement, dans l'activité habituelle de vitrier, exercée à 50%. En ce qui concernait la dysthymie, relevée par la Dresse E_____ dans son rapport du 24 octobre 2015, ce diagnostic n'était pas compatible avec une péjoration de l'état de santé telle que décrite depuis février 2015. Enfin, les rapports des médecins-traitants, dépourvus de valeur probante, établis après le refus de l'assureur d'indemniser au-delà du 29 novembre 2015, n'apportaient aucun élément objectif nouveau qui aurait été

ignoré dans le cadre des expertises, de sorte que les certificats d'arrêt de travail postérieurs à cette date n'étaient pas justifiés. Au vu de ces éléments, une expertise pluridisciplinaire était superflue.

29. Dans sa réplique du 29 juin 2016, le demandeur a répété que les rapports d'expertise des Drs D_____ et F_____, incluant des contradictions, des erreurs et une absence de motivation, devaient être écartés. En particulier, le Dr D_____ avait examiné le demandeur uniquement durant trente minutes et il avait noté que lors de l'entretien, il ne disposait pas des différents bilans réalisés, notamment pas le compte-rendu de polysomnographie. Ainsi, le médecin ignorait le nombre d'apnées, la saturation moyenne la nuit et le niveau du sommeil. Par ailleurs, l'expert lui-même avait estimé nécessaire de réaliser une polysomnographie sous CPAP pour évaluer l'efficacité objective du traitement. De même, la Dresse F_____ n'avait examiné le demandeur que pendant vingt minutes, sans interprète, alors même qu'elle avait relevé que la barrière de langue était liée à une absence de cohérence du discours du demandeur, dont le niveau de français était très faible. Qui plus est, alors que le Dr D_____ concluait à l'absence de somnolence due au syndrome d'apnées du sommeil sévère, la Dresse F_____ indiquait que la fatigue n'avait pas d'origine psychiatrique, mais semblait liée audit syndrome. En l'absence de consilium entre les deux experts, dont les rapports étaient contradictoires, une expertise pluridisciplinaire s'imposait.

Au surplus, le demandeur a produit les documents suivants :

- le courrier de M. I_____ du 17 mai 2016, aux termes duquel la capacité de travail du demandeur était nulle depuis juillet 2015, date de l'aggravation de son état de santé, dans toute activité. Les diagnostics posés étaient des séquelles d'état post-traumatique (F43.1), une dysthymie (F34.1), des troubles anxieux organiques (F06) et des troubles cognitifs (F06.7). Les limitations comprenaient une lenteur sensori-motrice, des facultés mnésiques réduites, une attention et une concentration s'aggravant, un état d'épuisement chronicisé, des difficultés de récupération, une émotivité courante et un état d'angoisse cyclique et généralisé. Ces faits étaient attestés dans les divers rapports de la Dresse E_____, laquelle avait pris sa retraite le 14 avril 2016 ;
- le rapport du Dr C_____ du 17 mai 2016, selon lequel le demandeur présentait une incapacité de travail depuis le 26 février 2015. Il souffrait des pathologies suivantes : un état dépressif aggravé depuis 2015, des cervico-brachialgies chroniques sur spondylarthrose avec hernie C4-C5-C6, un infarctus antéro-septal en 2007 avec FEVG à 35%, des lombalgies chroniques sur trouble statique de la colonne avec discopathie L1-L2, un syndrome d'apnée du sommeil sévère aggravant son épuisement psychique et physique, un choc post-traumatique suite à un conflit en Irak, et un syndrome des jambes sans repos.

30. Dans sa duplique du 19 juillet 2016, la défenderesse a argué que l'expertise du Dr D_____ se fondait sur l'intégralité du dossier médical (notamment le rapport du 21 avril 2015 du Dr C_____, lequel retenait le diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil sévère), sur des examens complets et les plaintes du demandeur. Ainsi, l'expert, qui jouissait d'une grande autonomie s'agissant de la conduite de son expertise, avait tenu compte des différents bilans réalisés, avant de conclure que durant l'entretien, il n'avait pas observé de signes de somnolence. Ainsi, l'expertise n'était pas incomplète ou dénuée de valeur probante, faute de tests réalisés par le Dr D_____. Il en allait de même en ce qui concernait l'expertise de la Dresse F_____, à qui le demandeur reprochait de ne pas avoir pris contact avec les médecins-traitants. L'experte disposait des rapports établis par ces derniers ainsi que des certificats médicaux, et avait pris les mêmes conclusions dans son courrier du 4 décembre 2015. En outre, les rapports des deux experts n'étaient pas contradictoires, et la Dresse F_____ avait tenu compte du rapport du Dr D_____.

La défenderesse a ajouté que les nouveaux rapports médicaux du 17 mai 2016 n'émanaient pas d'un psychiatre, de sorte qu'en l'absence de certificats médicaux transmis depuis décembre 2015, le demandeur semblait ne plus être suivi par un tel spécialiste. Ni M. I_____ ni le Dr C_____ ne démontraient une aggravation de l'état psychique du demandeur ; le premier se bornait à indiquer que le demandeur n'avait plus les capacités psychologiques nécessaires et suffisantes répondant à tout travail, exigeant de sa part une motivation, tandis que le second énumérait les plaintes du demandeur, sans fournir un rapport complet de son état de santé. D'ailleurs, alors même que M. I_____ retenait une dysthymie (F 34.1), diagnostic qui ne constituait pas un trouble dépressif, le Dr C_____ citait un état dépressif aggravé avec un suivi psychiatrique, de sorte que les deux intervenants se contredisaient. Au demeurant, les rapports des 17 mai 2016 relataient les faits, les plaintes, les symptômes et les limitations du demandeur déjà connus des experts. Enfin, ce dernier avait uniquement pris le médicament Deroxat pendant une période de plus de six mois après son infarctus en 2007 pour soigner ses troubles d'anxiété secondaire à la crainte de récurrence.

31. Une audience de comparution personnelle des parties a eu lieu le 12 septembre 2016.

Le demandeur, assisté d'une interprète assermentée en langue arabe, a déclaré qu'il avait été adressé par son médecin traitant, le Dr C_____, à la Dresse E_____ en 2015, car il se sentait fatigué et épuisé, ainsi qu'à un autre spécialiste pour les apnées du sommeil. Actuellement, il n'était suivi par aucun psychiatre, la Dresse E_____ ayant pris sa retraite le 14 avril 2016. Depuis mi-avril 2016, M. I_____ le suivait, dans l'attente de la désignation d'un nouveau psychiatre. Le Dr K_____, psychiatre, qui avait rencontré le demandeur le 9 septembre 2016, allait probablement reprendre les dossiers de la Dresse E_____. Ce dernier a répété que la Dresse F_____ l'avait examiné, sans la présence d'un interprète, uniquement

entre vingt et vingt-cinq minutes. Elle lui avait posé des questions assez basiques, telles que « fumez-vous des stupéfiants ? », « quelles sont vos relations avec votre ex-femme ? », « avez-vous bon appétit ? ». Le demandeur avait répondu à ces questions qu'il avait bien comprises. Il était capable de s'exprimer en français, mais ne se sentait pas à l'aise pour aborder des sujets en profondeur. La Dresse F_____ ne lui avait pas posé de questions sur les souvenirs qu'il pouvait avoir de sa vie en Irak et il ne lui en avait pas parlé spontanément. Face à un médecin, il n'évoquait pas spontanément ses problèmes ; il attendait que des questions lui soient posées (p. 2). Il avait mis beaucoup de temps à pouvoir se confier sur son passé en Irak à la Dresse E_____ et à M. I_____. Malgré son infarctus en 2008, il avait pu reprendre son activité professionnelle dans de bonnes conditions. Toutefois, dès 2015, il se sentait fatigué, angoissé à l'idée de partir travailler. Il était épuisé et beaucoup moins productif. Au travail, il avait des maux de tête et des tremblements. Ses jambes ne le portaient plus. Il sentait des douleurs aux vertèbres dorsales et à la nuque. Il avait de la peine à sortir les matins, car il avait sommeil. Il utilisait un CPAP pour son apnée du sommeil, mais cet appareil n'améliorait pas la qualité de son sommeil. Entre juin et août 2015, il avait repris son travail, en dépit de la fatigue, pendant deux semaines, ensuite c'était la période des vacances (p. 3).

La représentante de la défenderesse a, quant à elle, relevé que la décision de mettre un terme aux prestations reposait sur le bref rapport de la Dresse F_____ (pièce 9). Selon la pratique, les conclusions de l'expert, adressées par courriel, précédaient la réception du rapport plus complet (pièce 14). À la question de savoir pourquoi la défenderesse considérait, dans sa réponse, que la « dysthymie n'était pas compatible avec une péjoration de l'état de santé décrite depuis février 2015 », la représentante a répondu qu'elle n'était certes pas médecin, mais qu'elle avait dû lire cette observation dans l'un des rapports versés au dossier, soit certainement celui de la Dresse F_____, laquelle possédait les pièces émanant des médecins-traitants et s'était en outre prononcée à deux reprises (p. 4).

La chambre de céans a imparti un délai à la défenderesse pour produire les certificats médicaux annexés au courrier de l'employeur du 14 décembre 2015 (pièce 11). Elle a par ailleurs, au vu des conclusions du demandeur, réservé la suite de la procédure, notamment sur la question de l'audition de la Dresse F_____ et sur le principe d'une expertise, sous réserve de ce que l'expert cardiologue soit remplacé par un expert en médecine interne.

32. Le 12 septembre 2016, le demandeur a versé au dossier l'analyse de M. I_____ du 8 septembre 2016 relative à la duplique de la défenderesse. Ce dernier a estimé que l'appréciation de la Dresse F_____, selon laquelle la fatigue n'avait pas d'origine psychiatrique, était complètement fautive. L'assuré avait employé le terme « fatigue » en raison des limites de son lexique langagier français. Le terme approprié était un état d'épuisement chronique, tel qu'observé à l'examen clinique par le psychologue et la Dresse E_____. La fatigue, quant à elle, n'était pas chronique, mais occasionnelle en cas de surcharge de travail. L'experte n'avait

ainsi pas tenu compte des limites linguistiques de l'assuré, si bien que la présence d'un traducteur était nécessaire lors de l'expertise. Au cours des séances psychothérapeutiques, l'assuré s'exprimait aisément en arabe, et utilisait parfois des mots aléatoires en français. Dans sa langue maternelle, l'assuré citait le terme « épuisement » et non pas « fatigue ». Son état d'épuisement pourrait être corrélé avec un état de burn-out, compte tenu de ses limites somatiques (cardiaques) et psychologiques, dans la mesure où il indiquait que son état de santé ne permettait pas d'assumer ses obligations professionnelles. L'état d'épuisement était physique, émotionnel et mental « lié à une demande répétée et/ou potentielle sollicitant le corps ». Les troubles du sommeil, évoqués par le Dr C_____, étaient de nature à limiter significativement la possibilité de récupération et de réparation psychologique. « L'aggravation de l'état de santé psychologique de l'[assuré] résidait en termes d'intensité et de chronicité de ses symptômes de son tableau clinique psychopathologie ».

33. Le 13 septembre 2016, la défenderesse a informé la chambre de céans qu'elle ne possédait plus les certificats médicaux annexés au courrier de l'employeur du 14 décembre 2015, ceux-ci ayant été restitués au demandeur par courrier du 5 janvier 2016. Elle a joint le courrier du 1^{er} février 2016 du Dr C_____, qui attestait un arrêt de travail total, à l'instar du cardiologue et du psychiatre, depuis le 14 décembre 2015.
34. Le 22 septembre 2016, le demandeur a produit un courrier du 16 septembre 2016, signé par le Dr K_____ et M. I_____, attestant la prise en charge psychiatrique de celui-ci, suite à la retraite de la Dresse E_____.
35. Par arrêt du 10 avril 2017 (ATAS/267/2017), la chambre de céans a rejeté le recours interjeté parallèlement par l'assuré contre la décision de l'OAI du 27 avril 2016, refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 28 avril 2015, au motif que l'assuré n'avait pas rendu plausible l'aggravation de son état de santé. Dans cette procédure les Drs C_____ et E_____ indiquaient que leur patient souffrait d'une forte somnolence diurne, d'une asthénie importante due à un syndrome d'apnées du sommeil, de séquelles de stress post-traumatique, d'une dysthymie, et d'une personnalité à risque.

La chambre de céans a considéré que, sous l'angle psychiatrique, les faits allégués avaient déjà été pris en compte lors de l'octroi de la demi-rente en 2008, à savoir les événements vécus par l'assuré dans sa jeunesse en Irak, sa séparation, son divorce, le contexte très conflictuel et violent de sa première union, le décès de l'un des frères quelques années auparavant. Cela étant, l'assuré avait vécu des événements positifs, soit notamment son remariage avec une compatriote en 2011, la naissance de deux enfants issus de cette nouvelle union, la communication adéquate avec sa première épouse pour favoriser ses relations avec ses deux filles aînées, le maintien de son emploi depuis 2008 jusqu'au printemps 2015, si bien que les nouveaux diagnostics (asthénie), fondés essentiellement sur les plaintes de l'assuré, en l'absence de plus amples explications, ne témoignaient pas d'une

aggravation de l'état de santé. Sous l'angle somatique, les cervicalgies et le syndrome d'apnées du sommeil sévère n'étaient pas non plus corroborés par des documents médicaux.

36. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

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 loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal – RS 832.10), 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).

En l'occurrence, l'assurance en cause est une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie, soit une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale (ATAS/617/2014 du 20 mai 2014 consid. 1), soumise à la LCA selon l'art. 2 al. 3 des conditions générales d'assurances (CGA), édition 2011.

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

2. S'agissant de la compétence *ratione loci*, l'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors qui a été abrogée au 1^{er} janvier 2011 par l'entrée en vigueur du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272), 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. 33 al. 2 des CGA prévoit qu'en cas de contestations, le preneur d'assureur ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux du siège de l'assureur.

Le demandeur, en tant qu'ayant droit, ayant son domicile dans le canton de Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

3. Le droit applicable aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire est le CPC s'agissant de la procédure et la LCA s'agissant du fond. La LCA a subi des modifications. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Dès lors, les dispositions de la LCA seront citées dans leur teneur en vigueur au moment des faits déterminants qui remontent au 25 mars 2007.

-
4. Dans le cadre d'un litige fondé sur la LCA, l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à compter du fait d'où naît l'obligation (art. 46 al. 1 LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. En matière d'assurance collective contre les accidents ou la maladie, l'art. 87 LCA confère un droit propre au bénéficiaire contre l'assureur. Cette disposition institue une créance indépendante au profit de l'ayant droit, créance qui naît au moment de la survenance du cas d'assurance.

En l'espèce, la demande a été déposée le 19 avril 2016 par le demandeur, en tant que bénéficiaire de la couverture d'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie souscrite par l'employeur, pour des prestations litigieuses dès le 30 novembre 2015. Le demandeur est donc fondé à agir à l'encontre de la défenderesse.

5. 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).
6. Pour le surplus, la demande en paiement du 19 avril 2016 respecte les conditions légales et de forme (art. 130 et 244 CPP). Elle est donc recevable.
7. Le litige porte sur la question de savoir si le demandeur peut prétendre à des indemnités journalières au-delà du 29 novembre 2015, date à laquelle la défenderesse a mis fin auxdites indemnités. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si le demandeur présente (encore) une incapacité de travail pour cause de maladie postérieure à cette date.
8. a. Les conclusions du demandeur tendent à la condamnation de la défenderesse à verser au demandeur la somme de CHF 12'224.80, à titre d'indemnités journalières du 1^{er} décembre 2015 au 18 avril 2016, et à la condamnation de la défenderesse à continuer à verser lesdites indemnités dès le 19 avril 2016 jusqu'à la fin de l'arrêt maladie.
b. S'agissant de la recevabilité de ces conclusions amplifiées, il convient de rappeler que, conformément à l'art. 243 al. 2 let. f CPC, les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal sont soumis à la procédure simplifiée. Selon la doctrine, les art. 227 et 230 CPC – relatifs à la procédure ordinaire – s'appliquent par analogie à la modification des conclusions en procédure simplifiée (Denis TAPPY, in Bohnet et al. [éd.], Code de procédure civile commenté, n. 20 ad art. 246 CPC). Or, selon l'art. 227 al. 1 CPC, la demande peut être modifiée si la prétention nouvelle ou modifiée relève de la même procédure et si l'une des conditions suivantes est remplie : la prétention nouvelle ou modifiée présente un lien de connexité avec la dernière prétention (let. a), la partie adverse consent à la modification de la demande (let. b). Cette disposition, dont les conditions sont alternatives, détermine à quelles conditions un

changement de conclusions est admissible (TAPPY, op. cit., n. 14 et 17 ad art. 227). Il y a connexité matérielle lorsque les deux actions ont le même fondement matériel ou juridique, notamment lorsqu'elles reposent sur un même contrat ou un même état de fait (ATF 129 III 230 consid. 3.1).

c. En l'espèce, le versement des indemnités journalières au-delà du 18 avril 2016 est en lien de connexité matérielle au sens de la définition ci-dessus, puisqu'il résulte d'un différend reposant sur le même rapport juridique et qu'il y a identité de parties.

Partant, les conclusions amplifiées du demandeur sont recevables, étant de toute manière relevé qu'au vu du sort du litige, cette question pouvait demeurer ouverte.

9. Enfin, sous l'angle procédural, l'art. 58 al. 1 du CPC dispose que le tribunal ne peut accorder à une partie ni plus ni autre chose que ce qui est demandé, ni moins que ce qui est reconnu par la partie adverse.
10. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

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

La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC - RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié; ATF 130 III 321 consid. 3.1; ATF 129 III 18 consid. 2.6; ATF 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure

probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa).

11. 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).

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

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

12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Il y a vraisemblance prépondérante lorsqu'il est possible que les faits pertinents se soient déroulés différemment, mais que les autres possibilités ou hypothèses envisageables n'entrent pas raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 4A_193/2008 du 8 juillet 2008 consid. 2.1.2; ATF 130 III 321 consid. 3.3 et les références citées). Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).
13. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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 qu'en soit la 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 qu'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 qu'enfin, 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 ; 122 V 157 consid. 1c et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1).

Ainsi, en principe, 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).

En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

14. a. La loi fédérale sur le contrat d'assurance ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de sorte qu'en principe, le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties (ATF 133 III 185 consid. 2).

b. Aux termes de l'art. 1 des CGA, l'assureur accorde sa garantie « pour les conséquences économiques d'une incapacité de travail résultant de la maladie/de l'accident (...) ». La maladie est définie comme étant toute atteinte involontaire à la santé physique ou mentale, médicalement et objectivement décelable, qui n'est pas due à un accident ou à ses suites et qui exige un examen, un traitement médical ou engendre une incapacité de travail (art. 3 al. 1 CGA). L'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25% (art. 12 al. 1 CGA).

15. En l'espèce, il y a lieu d'examiner si le demandeur présente une incapacité de travail pour cause de maladie supérieure à 25%.

On rappellera que la défenderesse a refusé d'allouer au demandeur des indemnités journalières au-delà du 29 novembre 2015, motif pris qu'il disposait d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle de vitrier, exercée à 50%, à compter du 13 novembre 2015, date de l'expertise psychiatrique. Cela étant, la défenderesse a accepté, à bien plaisir, d'accorder les indemnités journalières jusqu'au 29 novembre 2015. À cet égard, la défenderesse se fonde sur le rapport d'expertise du Dr D_____ du 25 juin 2015, celui de la Dresse F_____ du 25 novembre 2015, ainsi que sur l'avis de son médecin-conseil.

Dans la mesure où le demandeur conteste les rapports d'expertise, et oppose l'opinion de ses médecins-traitants, il y a lieu de déterminer la valeur probante des différents rapports médicaux.

16. a. Au préalable, dans sa réplique, le demandeur semble critiquer les rapports des Drs D_____ et F_____, en raison de la durée brève des examens, soit trente minutes pour le premier et vingt minutes pour la seconde. Les rapports ne spécifient pas la durée de l'entretien, mais, quoi qu'il en soit, la durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise (arrêt du Tribunal fédéral I. 695/04 du 24 janvier 2006 consid. 4.1). En effet, le travail de l'expert ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais consiste également et avant tout en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (arrêt du Tribunal fédéral I.719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2).

b. Ensuite, le demandeur semble reprocher le fait que l'entretien n'ait pas eu lieu en présence d'un interprète, alléguant qu'il ne maîtrisait pas bien le français.

Dans le contexte d'examens médicaux nécessaires pour évaluer de manière fiable l'état de santé de l'assuré et ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail, en particulier d'un examen psychiatrique, la meilleure compréhension possible entre l'expert et la personne assurée revêt une importance spécifique. Il n'existe cependant pas de droit inconditionnel à la réalisation d'un examen médical dans la langue maternelle de l'assuré ou à l'assistance d'un interprète. Il appartient à l'expert, dans le cadre de l'exécution soignée de son mandat, de décider si l'examen médical doit être effectué dans la langue maternelle de l'assuré ou avec le concours d'un interprète. Le choix de l'interprète, ainsi que la question de savoir si, le cas échéant, certaines phases de l'instruction médicale doivent être exécutées en son absence pour des raisons objectives et personnelles, relèvent également de la décision de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_262/2015 du 8 janvier 2016 consid. 5.1).

En l'espèce, le Dr D_____ a relevé que le demandeur collaborait à l'examen, lequel s'exprimait correctement en français, mais certaines questions devaient être reformulées. Quant à la Dresse F_____, elle a noté qu'il existait une barrière

linguistique, laquelle n'avait toutefois pas altéré l'examen psychiatrique. Le demandeur avait été collaborant, avec un discours fluide et cohérent.

Lors de l'audience de comparution personnelles des parties, le demandeur, assisté d'une interprète, a déclaré qu'il avait bien compris les questions posées par la Dresse F_____, telles que « fumez-vous des stupéfiants ? », « quelles sont vos relations avec votre ex-femme ? », « avez-vous bon appétit ? ». Il était capable de s'exprimer en français, mais ne se sentait pas à l'aise pour aborder des sujets en profondeur.

Dès lors qu'il n'existe pas d'indice selon lequel au cours de l'entretien, un aspect déterminant pour constater l'existence d'une atteinte à la santé psychique ou somatique, poser un diagnostic y relatif, ou évaluer la capacité de travail du point de vue médical, aurait été omis en raison d'une incompréhension linguistique, et compte tenu du fait que le demandeur n'a pas requis la présence d'un interprète (ce qu'il aurait pu faire s'il avait estimé que les questions posées étaient incompréhensibles), l'absence d'un traducteur durant l'entretien n'est pas de nature à susciter une incertitude quant à la pertinence des constatations des experts.

c. Il s'ensuit qu'on ne saurait écarter les rapports d'expertise aux seuls motifs que l'entretien aurait été trop bref ou qu'un interprète était absent. Il convient plutôt d'examiner la force probante desdits rapports à la lumière des exigences posées par la jurisprudence.

17. a. Sur le plan somatique, le demandeur se plaint d'une forte somnolence diurne et d'une asthénie importante dues à un syndrome d'apnées du sommeil.

b. Le Dr D_____ a examiné le demandeur le 18 juin 2015. En tant que spécialiste en médecine interne, l'expert disposait donc des connaissances médicales suffisantes pour procéder à la mission d'expertise que lui avait confiée la défenderesse. Son rapport du 25 juin 2015 repose sur l'anamnèse, qui comprend des éléments biographiques, la situation professionnelle, l'histoire de la maladie, et fait état des plaintes du demandeur, soit une asthénie ayant augmenté depuis deux ans, et une somnolence diurne.

L'expert a tenu compte du diagnostic de SAS sévère posé par le médecin-traitant, le Dr C_____, dans son courrier du 21 avril 2015, mais ne partage pas l'opinion de ce dernier en relation avec la capacité de travail du demandeur. Il est toutefois de jurisprudence que les opinions des médecins-traitants doivent être examinées avec circonspection (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). L'expert a expliqué que le SAS entraînait en général une somnolence, laquelle n'avait par contre été constatée ni dans la salle d'attente ni pendant la consultation. Ainsi, dans la mesure où le demandeur effectuait un travail de quatre heures le matin, nécessitant un effort physique modéré, sans besoin de concentration importante, aucune limitation n'était retenue dans le métier de vitrier. L'employeur employait en effet une trentaine de personnes pour la fabrication de fenêtres. Deux employés, dont le demandeur, étaient affectés à la pose des vitres. Le port de charges était variable.

En cas de poids important, ils pouvaient œuvrer à plusieurs, en utilisant des ventouses pour assurer leur mise en place. Sur cette base, l'expert a conclu qu'au 18 juin 2015, date de l'expertise, l'incapacité de travail était nulle sur le plan horaire sans baisse de rendement, dans l'activité habituelle effectuée à temps partiel.

Dès lors que l'expert n'a pas observé de somnolence, son appréciation n'apparaît pas critiquable, d'autant plus que lors de l'expertise psychiatrique du 13 novembre 2015, le demandeur n'avait pas fait mention de troubles du sommeil ni d'irritabilité. En outre, dans son courrier du 13 janvier 2016, le Dr G_____ a indiqué que le demandeur se déplaçait beaucoup à vélo. On voit mal comment une personne qui prétend souffrir d'une forte somnolence diurne et d'une asthénie importante puisse fréquemment utiliser un tel moyen de transport, qui exige une certaine concentration. Par ailleurs, alors que le demandeur se plaint de douleurs dorsales et à la nuque, le Dr D_____ n'a pas constaté de douleur du rachis ou de contracture paravertébrale. À cet égard, les seules plaintes du demandeur ne sauraient suffire pour justifier une incapacité de travail (ATAS/718/2010 du 17 juin 2010 consid. 11) et l'uncarthrose ou l'arthrose au niveau des cervicales sont modérées selon la radiographie du 16 septembre 2015.

c. Cela étant, le demandeur estime que le rapport du Dr D_____ doit être écarté, puisque ce dernier ne disposait pas des différents bilans réalisés, notamment pas le compte-rendu de polysomnographie, de sorte qu'il ignorait le nombre d'apnées, la saturation moyenne la nuit et le niveau du sommeil. Par ailleurs, l'expert lui-même avait estimé nécessaire de réaliser une polysomnographie sous CPAP pour évaluer l'efficacité objective de ce traitement. Cet argument n'est d'aucun secours. En effet, le seul bilan versé au dossier est le rapport de polysomnographie du 5 mars 2015 relatif à l'enregistrement nocturne continu de l'EEG, lequel avait mis en évidence un ronflement important durant 64% de la nuit, et posé le diagnostic de syndrome d'apnées obstructives du sommeil. Force est toutefois de constater que, même si l'expert ne possédait pas ledit rapport, il n'a pas ignoré ce diagnostic, puisqu'il s'est référé à cet égard au courrier du Dr C_____ du 21 avril 2015 lequel évoquait le SAS sévère. Cela dit, l'expert a expliqué que la CPAP était efficace en cas de SAS sévères, mais qu'il était nécessaire d'adapter éventuellement les pressions. Dans la mesure où le demandeur avait affirmé qu'il ne supportait pas bien cet appareil, on ne voit pas en quoi la recommandation de l'expert, consistant à effectuer une polysomnographie sous CPAP afin d'adapter les pressions, devrait discréditer son rapport d'expertise.

d. Au vu des développements qui précèdent, et compte tenu du fait que le Dr D_____ a établi son rapport sur la base de ses constatations, en pleine connaissance de l'anamnèse, qu'il n'a pas ignoré un élément relaté par le médecin traitant et que ses conclusions sont motivées et claires, il convient de reconnaître une force probante à son rapport d'expertise.

18. a. Sur le plan psychiatrique, le médecin-traitant, la Dresse E_____ a diagnostiqué un état de stress post-traumatique, une dysthymie, un syndrome somatique, une personnalité à risque et un trouble du sommeil significatif. Toute continuation professionnelle partielle représentait une condition certaine d'aggravation au vu de la souffrance significative cardiaque (cf. son rapport du 24 septembre 2015).
- b. S'agissant du syndrome somatique et du trouble du sommeil significatif, il y a lieu de se référer au rapport d'expertise du Dr D_____, dont la valeur probante a été reconnue pour les motifs exposés ci-dessus.
- c. En ce qui concerne l'éventuelle aggravation de l'état de santé psychique du demandeur en raison de son affection cardiaque, force est de constater que, d'une part, le Dr D_____ a observé que les bruits du cœur étaient réguliers, sans souffle. D'autre part, le cardiologue traitant, le Dr G_____ a relevé que l'état de santé du demandeur était stationnaire depuis l'angioplastie réalisée en 2007. En effet, dans son rapport du 12 avril 2013, ce spécialiste a noté que le pouls était régulier, sans signe d'insuffisance cardiaque droite ni gauche. L'auscultation cardio-pulmonaire était sans particularité. Dans son courrier du 13 janvier 2016, le médecin a indiqué que le demandeur devait éviter les efforts isométriques importants, tels que le port de charges lourdes, mais qu'il avait bien toléré le traitement d'Ivabradine, ce qui avait entraîné une amélioration de la symptomatologie à l'effort physique. Par ailleurs, dans son rapport du 15 juillet 2015, le Dr H_____, spécialiste en médecine nucléaire, relevait que la fraction d'éjection du ventricule gauche était normale. Enfin, dans le résumé de séjour du 2 août 2015, les HUG n'ont pas constaté de signe d'une ischémie aiguë, de sorte qu'une hospitalisation n'était pas nécessaire. Ces éléments démontrent que, quand bien même le demandeur a souffert d'une crise cardiaque en 2007, dans la mesure où il est régulièrement suivi et compte tenu du fait que les analyses médicales sont normales, conclure qu'un trouble mental dû à l'affection cardiaque (cf. courrier de la Dresse E_____ du 17 décembre 2015) serait incapacitant n'emporte pas la conviction, ce d'autant que le demandeur a continué à exercer, certes à mi-temps, son activité habituelle après l'angioplastie, et ce dans de bonnes conditions (cf. procès-verbal de comparution des parties du 12 septembre 2016).
- d. Quant à l'état de stress post-traumatique, en lien avec les événements vécus en Irak (enfance et adolescence malheureuse, lutte contre l'ancien régime dictatorial, violences subies dans le cadre du premier mariage, décès du grand frère [faits dont l'experte, la Dresse F_____, spécialiste en psychiatrie, a pris en compte sur la base des éléments ressortant du dossier]), cette dernière a indiqué dans son rapport du 25 novembre 2015 qu'elle n'avait pas constaté la présence des principaux symptômes évocateurs d'un tel diagnostic, à savoir des flashbacks diurnes ou nocturnes, un état d'hypersensibilité ou d'hypovigilance, ou une attitude d'évitement. Elle en a déduit que si le trouble de stress post-traumatique a pu exister auparavant, il n'était plus actif actuellement. Dans la mesure où lors de l'audience de comparution personnelle des parties, le demandeur a confirmé qu'il

n'avait pas fait spontanément part à l'experte de ses souvenirs qu'il pouvait avoir de sa vie en Irak, force est de conclure, à l'instar de l'experte, que les événements en question n'ont pas un impact actuel dans la vie du demandeur au quotidien, car dans le cas contraire, il aurait manifestement évoqué ses flashbacks diurnes lors de l'entretien, ce qui n'a pas été le cas. Au demeurant, le demandeur a pu reconstruire sa vie : il s'est remarié, il a eu deux enfants (en sus des deux enfants issus de sa première union), et a travaillé, après son infarctus, à mi-temps jusqu'au 20 août 2015.

e. Concernant la personnalité à risque, l'experte a relevé qu'il n'était pas objectivé la présence d'une déviation profondément enracinée, se manifestant à travers une conduite rigide, inadaptée et dysfonctionnelle lors de situations personnelles et sociales très variées et ayant débuté à la fin de l'enfance ou de l'adolescence. Il n'existait pas non plus d'impact nuisible et objectivable d'un tel trouble sur l'environnement du demandeur. Même s'il rencontrait des difficultés en raison de déracinement socio-culturel compréhensible depuis son arrivée sur le territoire helvétique, il ne présentait pas une personnalité à caractère exubérant. En revanche, l'experte a noté une accumulation de difficultés dans le cadre médical du fait de l'infarctus du myocarde et d'un accident de travail survenu en 1992. Ces éléments ne permettaient toutefois pas en eux-mêmes d'expliquer une altération profonde de la personnalité. Le contact relationnel avec l'experte n'était pas altéré par une inhibition de type personnalité anxieuse évitante.

f. Pour ce qui est de la dysthymie, soit une affection incluse dans les troubles de l'humeur persistants selon la CIM-10, l'experte a noté que le demandeur n'avait pas évoqué d'idées de type suicidaires, ni de ruminations morbides, ni de troubles mnésiques, ni d'altération de l'humeur, ni de perte de plaisir pour les activités habituellement agréables. Il n'était pas objectivé de tendance à l'irritabilité ou à l'émotivité, ni un état de tension anxieuse, ou des angoisses. La sthénie était conservée tout au long de l'entretien. Aucun élément ne permettait d'objectiver un ralentissement psychomoteur. L'ensemble de l'examen clinique était normal, si bien que l'experte n'a retenu aucune symptomatologie significative de la lignée des épisodes dépressifs ou des troubles anxieux. Enfin, le dosage de paroxétine témoignait d'une bonne compliance du demandeur à ce traitement antidépresseur. Dès lors qu'une altération objective de l'humeur n'a pas été constatée, force est de conclure que le traitement antidépresseur suivi s'avère effectivement bénéfique.

g. Sur le vu de ce qui précède, et au vu des constatations de l'experte, laquelle a tenu compte de l'anamnèse complète, des divers documents composant le dossier, et des plaintes du demandeur, sa conclusion, selon laquelle il n'existe pas une pathologie psychiatrique permettant de retenir des limitations dans le cadre professionnel, n'apparaît pas critiquable. Aussi convient-il de retenir qu'au jour de l'expertise, le 13 novembre 2015, la capacité de travail du demandeur était entière, sans baisse de rendement, dans l'activité habituelle exercée à 50%.

h. Cela étant, le demandeur reproche à l'experte de ne pas avoir pris contact avec ses médecins traitants, si bien qu'elle avait mal apprécié son cas. Cet argument tombe à faux. En effet, l'experte a listé les divers documents émanant des médecins ayant examiné le demandeur et pris ses conclusions sur la base de ses observations. Dès lors que son rapport ne laisse apparaître aucun élément qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise, l'absence de discussion entre l'experte et les médecins-traitants n'est pas suffisamment pertinente pour remettre en cause les conclusions de la Dresse F_____ quant à la capacité de travail du demandeur. À cet égard, on relèvera par ailleurs que, pour les besoins de la procédure, et après le refus de la défenderesse de verser les indemnités journalières, le demandeur a produit le courrier du 13 janvier 2016 du Dr G_____, cardiologue, lequel a noté que son patient présentait un état de fatigue chronique dans le contexte d'un état dépressif en cours de traitement auprès de la Dresse E_____ qui rendait une reprise du travail à 50% quasiment impossible. Outre le fait que cette appréciation émane du médecin-traitant, qui n'est d'ailleurs pas psychiatre, celui-ci n'explique nullement les raisons qui motivent, selon lui l'incapacité de travail du demandeur.

Par conséquent, pour l'ensemble de ces motifs, il convient d'accorder une pleine valeur probante à l'expertise de la Dresse F_____.

S'agissant en particulier de la fatigue ou de l'épuisement (terme évoqué par le demandeur à son psychologue, M. I_____ [cf. son courrier du 12 septembre 2016]), le demandeur estime que les rapports des Drs D_____ et F_____ seraient contradictoires à ce sujet. Le premier concluait à l'absence de somnolence due au syndrome d'apnées du sommeil, tandis que la seconde indiquait que la fatigue, qui n'avait pas d'origine psychiatrique, semblait liée audit syndrome. Dans ces circonstances, une expertise pluridisciplinaire s'imposait ; les deux experts n'avaient pas rédigé un consilium commun. On ne saurait suivre le raisonnement du demandeur. En effet, la fatigue, l'épuisement ou encore l'asthénie sont des symptômes manifestés par les patients. Encore faut-il qu'ils soient confirmés par des observations médicales concluantes confirmant leur caractère incapacitant. Or, pour les motifs déjà expliqués, il y a lieu de privilégier les avis des experts et non ceux émis par les médecins traitants, de sorte que si le Dr D_____ ne constate pas de somnolence en dépit du syndrome d'apnées du sommeil et que la fatigue n'a pas d'origine psychiatrique selon la Dresse F_____, laquelle avait de surcroît relevé que la sthénie était conservée tout au long de l'entretien, on ne voit pas comment un consilium commun (entre les deux experts) aurait permis d'aboutir à une conclusion différente du cas, ce d'autant que les deux experts retiennent une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle.

19. Sur le vu de ce qui précède, la chambre de céans considère que les affections mentionnées par le demandeur ne fondent pas une incapacité de travail, de sorte que c'est à bon droit que la défenderesse a refusé de verser des indemnités journalières au-delà du 29 novembre 2015.

20. Dans la mesure où il n'existe pas de circonstance bien établie, susceptible d'ébranler sérieusement la crédibilité des conclusions des experts, l'audition des médecins-traitants ou celle de la Dresse F_____, et la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire, offertes par le demandeur, s'avèrent superflues, de sorte que, par appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans n'y donnera pas suite (ATF 122 II 469 consid. 4a).
21. Mal fondée, la demande doit dès lors être rejetée.
22. La défenderesse conclut à l'octroi de dépens. Il n'est toutefois pas alloué de dépens à la charge du demandeur qui succombe dans les causes portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]).
Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 22 al. 3 LaCC ; art. 114 let. e CPC).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

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

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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