RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/129/2020 **ATAS/91/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 février 2021

2ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à LA PLAINE demandeur

contre

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

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Christine TARRIT-DESHUSSES, Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le demandeur), né le _____1972, a travaillé à compter du 12 septembre 2011 en qualité d'infirmier à l'EMS de B_____(ci-après : l'employeur), exploité par C_____SA. Son salaire brut mensuel s'élevait à CHF 6'707.05.

2. L'employeur était assuré auprès de Mutuel Assurances SA (ci-après : l'assurance ou la défenderesse) contre les conséquences économiques d'une incapacité de travailler du personnel due à la maladie.

3. La police d'assurance prévoyait qu'en cas de maladie d'un assuré et après un délai d'attente de trente jours, l'assurance verse des indemnités journalières correspondant à 90 % de son salaire. Les conditions générales d'assurance édition PCAM03 du 1er septembre 2016 (ci-après : CGA) faisaient partie intégrante du contrat d'assurance.

4. L'assuré s'est déclaré en incapacité de travail pour cause de maladie dès le 7 janvier 2019. Il indiquait être en burnout en raison de conflits avec sa hiérarchie.

5. Par certificat médical du 8 janvier 2019, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré pour maladie, du 7 au 14 janvier 2019.

6. Le 11 janvier 2019, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a certifié un arrêt maladie à 100 % en faveur de l'assuré du 14 janvier au 1er février 2019, qu'il a prolongé à réitérées reprises jusqu'au 9 avril 2019 inclus, notamment par certificats du 14 mars, pour la période du 16 au 31 mars 2019, et du 29 mars 2019, pour la période du 1er au 9 avril 2019.

7. Par courrier du 20 février 2019, l'assurance a invité l'assuré à se présenter à un entretien le 19 mars 2019 avec le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, afin de pouvoir se déterminer sur son droit aux indemnités journalières pour perte de gain. Elle l'a notamment rendu attentif au fait que s'il manquait le rendez-vous, sans motif valable, ou s'il ne collaborait pas lors de l'examen, il s'exposait au refus, voire à une demande de remboursement des prestations, ainsi qu'à la prise en charge des frais d'expertise.

8. Par pli du même jour, l'assuré s'est excusé auprès de son employeur pour le comportement qu'il avait pu adopter à l'égard de son supérieur. Il a également fait état des différents problèmes et dysfonctionnements qu'il avait constatés au sein de l'institution et a sollicité une réaction de son employeur.

9. Par courrier du 22 février 2019, l'employeur a informé l'assuré qu'il ne donnerait suite à ses demandes que lorsqu'il aurait recouvré sa capacité de travail.

10. Le 26 février 2019, le Dr E_____ a attesté qu'il ne voyait aucune contre-indication à ce que l'assuré, malgré sa maladie, s'entretienne avec son employeur, dès lors qu'il avait besoin de résoudre au plus vite le différend professionnel avec sa direction.

11. Par courriel du 19 mars 2019, le Dr F_____ a informé l'assurance que l'assuré s'était présenté à son rendez-vous du jour mais qu'il n'avait pas voulu se soumettre à l'examen sans pouvoir l'enregistrer, ce que le psychiatre avait refusé.

12. Par courrier du 27 mars 2019, l'assurance a indiqué à l'assuré que comme l'examen médical n'avait pas pu être réalisé en raison de sa décision d'y mettre un terme prématurément, son droit aux indemnités journalières était refusé avec effet au 19 mars 2019. Son droit pourrait toutefois être réévalué au plus tôt dès le jour de l'examen si l'assuré décidait de se présenter à une autre convocation.

13. Par pli du 29 mars 2019, l'assuré a contesté le fait que l'examen médical n'avait pas pu être réalisé en raison de sa décision d'y mettre un terme prématurément. C'était au contraire le Dr F_____ qui avait refusé de procéder à l'examen. Il n'avait rien à cacher et aucune raison de ne pas se soumettre à un examen médical, mais demandait qu'il soit enregistré par les deux parties afin de se protéger contre toute libre interprétation subjective d'un médecin.

14. Par courrier du 9 avril 2019, l'assurance a informé l'assuré qu'elle maintenait sa position. La jurisprudence considérait comme inapproprié le fait de contraindre un examinateur à procéder à un enregistrement audio de son examen clinique. L'assuré aurait la possibilité de prendre connaissance du rapport qui serait établi, par l'intermédiaire de son médecin traitant qui allait en recevoir une copie, de sorte que son droit d'être entendu était respecté et garanti. Il avait l'obligation de collaborer, comme le prévoyaient les conditions d'assurances applicables, et son droit aux prestations ne serait réévalué qu'au jour de l'examen, s'il souhaitait se présenter à un nouveau rendez-vous d'expertise, étant précisé que celui-ci se déroulerait sans enregistrement. Le temps prévu pour la consultation manquée était à la charge de l'assuré et la note d'honoraire lui serait facturée dès sa réception.

15. Par pli du 10 avril 2019, l'employeur a résilié ses rapports de travail avec l'assuré avec effet au 31 août 2019 et l'a libéré de son obligation de travailler.

16. Le 17 avril 2019, l'assurance a transmis à l'assuré la copie de la facture d'honoraire du Dr F_____ de CHF 300.-, ainsi qu'un bulletin de versement pour son paiement.

17. Par courrier du 17 avril 2019, l'employeur a indiqué à l'assuré que, puisque l'assurance avait cessé le versement de ses indemnités dès le 19 mars 2019, les prestations non versées seraient déduites de son salaire et ce, conformément à l'article 3.9.4 de la convention collective de travail, à son règlement ainsi qu'aux CGA.

18. Par pli du 18 avril 2019, l'assuré a indiqué à l'assurance qu'il avait été dans l'incapacité de se soumettre à l'examen du Dr F_____ le 19 mars 2019, ce qui était attesté par certificat, rapport médical et facture de Genève-Médecins, documents qu'il joignait à son courrier. Il en avait informé le Dr F_____ qui lui avait dit qu'il transmettrait l'information à l'assurance. L'assuré a également indiqué à l'assurance qu'il avait été licencié par son employeur le 10 avril 2019.

Selon le rapport médical de Genève-Médecins – non daté ni signé – qui était joint au courrier du 18 avril 2019 et semblait avoir été établi par le docteur G_____, celui-ci s'était rendu chez l'assuré le 19 mars 2019 en raison d'un épisode de lombalgie gauche aiguë suite à un faux mouvement. Le Dr G_____ avait administré à l'assuré une dose de Tora-Dol dans la cuisse droite et lui avait prescrit de l'Irfen, du Dafalgan, ainsi que des exercices du bas du dos.

Le certificat médical de Genève-Médecins, joint également au courrier de l'assuré, était daté du 15 avril 2019 et attestait d'un arrêt maladie à 100 % le 19 mars 2019 et d'une reprise à 100 % dès le 20 mars 2019.

19. Selon la fiche de salaire du 25 avril 2019, le salaire de l'assuré du mois d'avril avait été imputé du montant CHF 4'851.10 en raison de la période non indemnisée par l'assurance du 19 mars au 9 avril 2019.

20. Par courrier du 8 mai 2019, le syndicat interprofessionnel des travailleuses et travailleurs (ci-après : SIT) s'est adressé à l'assurance pour le compte de l'assuré, lui rappelant qu'il n'avait pas pu se soumettre à l'expertise en raison d'un problème médical attesté par certificat et lui demandant de débloquer la situation et les versements des indemnités dues pour la période du 19 mars au 9 avril 2019.

21. Par pli du 10 mai 2019, l'assurance a fait remarquer à l'assuré qu'il avait lui-même confirmé s'être rendu à l'entretien avec le Dr F_____ le 19 mars 2019 mais que l'examen n'avait pas pu avoir lieu en raison de son exigence à l'enregistrer. Cette situation n'était pas acceptable, de sorte que les frais occasionnés restaient à la charge de l'assuré. Celui-ci n'avait en outre jamais manifesté sa volonté d'obtenir un nouveau rendez-vous suite à son courrier du 27 mars 2019. Du fait du certificat du 15 avril 2019, lequel attestait de la reprise de l'assuré à 100 % dès le 20 mars 2019, l'assurance clôturait son dossier à cette date et confirmait la fin des prestations au 19 mars 2019, de sorte que l'examen médical n'était plus nécessaire.

22. Par courrier du 16 mai 2019, l'assuré a transmis à l'assurance des certificats médicaux établis par le Dr E_____ attestant de son arrêt maladie à 100 % du 16 mars au 9 avril inclus. Il a également repris les explications données dans son courrier du 18 avril 2019, précisant qu'il s'était néanmoins rendu au rendez-vous du 19 mars 2019 pour informer le Dr F_____ de son état de santé car la lettre de l'assurance le menaçait de devoir prendre en charge les frais d'expertise s'il ne se présentait pas et que cette lettre ne mentionnait pas les coordonnées téléphoniques du psychiatre. Si elle doutait de la validité de ses certificats médicaux, l'assurance était priée de s'adresser à qui de droit. Tant son médecin traitant, le Dr D_____, que son psychiatre, le Dr E_____, possédaient toutes les informations utiles permettant de répondre à toutes les interrogations de l'assurance. L'assuré ne comprenait pas la position de cette dernière, laquelle le mettait dans une situation financière précaire. Il la sommait de procéder au versement des prestations en sa faveur, sous peine de suites judiciaires.

23. Par courrier du 30 mai 2019, l'assuré a réitéré sa demande de versement des prestations auprès de l'assurance.

24. Par courrier du 31 mai 2019, l'assurance a rappelé à l'assuré la teneur de ses précédents courriers et relevé qu'il ne l'avait jamais contactée pour l'informer qu'il était en incapacité physique de se rendre à l'examen du 19 mars 2019, de sorte que les frais occasionnés demeuraient à sa charge. Si l'assuré confirmait ne pas demander l'enregistrement de l'entretien, l'assurance allait fixer un rendez-vous prochainement pour un nouvel examen. Il allait ainsi recevoir une nouvelle convocation et son droit aux indemnités journalières pourrait être réévalué au plus tôt dès le jour de cet examen.

25. Par pli du 1er juin 2019, l'assuré a promis de ne pas demander l'enregistrement de l'examen.

26. Par courrier du 6 juin 2019, l'assurance a rappelé la teneur de ses précédents courriers et informé l'assuré qu'elle lui avait obtenu un rendez-vous chez le Dr F_____ le 19 juin 2019 et qu'en raison de son manque de collaboration, elle avait dû suspendre les prestations dans l'attente des conclusions de l'expert.

27. Le 19 juin 2019, l'assuré s'est soumis à l'examen du Dr F_____ afin que ce dernier puisse apprécier sa capacité de travail.

28. Dans son rapport d'examen du 21 juin 2019, le Dr F_____ n'a retenu aucun diagnostic motivant une incapacité de travail. L'assuré présentait, sans impact sur sa capacité de travail, une accentuation de certains traits de personnalité, traits paranoïaques et narcissiques (Z 73.1), ainsi que des difficultés liées à l'emploi et au chômage et une mauvaise adaptation au travail (Z 56.5).

    Il ressortait de l'anamnèse et des plaintes de l'assuré, que ce dernier était pris en charge par le docteur H_____, médecin praticien FMH et alcoologue, et était abstinent à l'alcool depuis plus d'une année. L'assuré se plaignait essentiellement de problèmes liés au travail, notamment la façon avec laquelle sa hiérarchie avait géré les décès de deux résidents, survenus en début d'année 2019. Il dénonçait de mauvaises conditions de travail, notamment des licenciements fréquents. Il soulignait le caractère contextuel de son arrêt ainsi que le fait qu'il ne soit pas la seule personne mécontente du fonctionnement de l'établissement. Suite à la convocation qu'il avait reçue pour un entretien avec sa hiérarchie, il avait eu peur. Il considérait cette convocation comme des représailles par rapport au mécontentement qu'il avait exprimé et à l'échange verbal tendu avec son supérieur. C'était l'angoisse provoquée par ladite convocation qui avait motivé sa mise à l'arrêt de travail.

    Sur le plan nosologique, le Dr F_____ relevait que l'analyse rétroactive était difficile. En raison de l'absence de rapport médical de l'époque, il n'était pas possible de savoir quel diagnostic avait été retenu par le médecin traitant qui avait mis l'assuré à l'arrêt de travail. Au vu de la description que l'assuré faisait par rapport à son état au cours du mois de janvier 2019, soit l'état marqué

essentiellement par la colère contre la direction et une appréhension quant à son avenir professionnel, le diagnostic d' « état dépressif » semblait peu vraisemblable. La dynamique de l'apparition de la symptomatologie que l'assuré décrivait comme brusque, à la suite de la convocation par la direction, ainsi que l'évolution rapidement favorable parlaient également en défaveur de ce diagnostic. L'assuré évoquait un certain niveau de perturbations émotionnelles, surtout durant les premiers jours après sa mise en arrêt mais ne décrivait pas un dysfonctionnement majeur dans sa vie quotidienne à l'époque, exprimant plutôt une volonté de se mettre à distance et faire une E_____ afin de pouvoir réfléchir à sa situation, de sorte qu'il y avait des doutes quant au niveau de perturbation émotionnelle qu'il avait présenté au cours des mois de janvier et février 2019 et s'il était suffisant pour que soit éventuellement retenu le diagnostic de « trouble de l'adaptation ». Le psychiatre soulignait qu'un certain niveau de perturbations émotionnelles face à un évènement stressant comme un avertissement ou une menace de perte d'emploi constituait une réaction physiologique, donc une réaction tout à fait naturelle et normale face aux mauvaises choses qui arrivaient à la personne. Or, selon la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), le diagnostic de trouble de l'adaptation devait être réservé à des réactions de détresse dont l'ampleur excédait ce à quoi on s'attendrait normalement ou quand l'évènement défavorable précipitait l'altération du fonctionnement. Le psychiatre écartait donc les diagnostics d' « épisode dépressif » et de « trouble de l'adaptation ».

Le Dr F_____ estimait que la capacité de travail de l'intéressé était pleine dans son activité habituelle et que la reprise du travail était envisageable ; aucune limitation fonctionnelle n'était constatée. Il précisait ne pas avoir pris en considération les facteurs qui ne relevaient pas de la santé, tels que le conflit avec le supérieur ou l'insatisfaction quant aux conditions de travail. Il ne savait pas quelles limitations fonctionnelles avaient été retenues par les médecins de l'assuré comme motif de la mise à l'arrêt de travail ; quelles qu'avaient été ces limitations, il semblait qu'elles ne s'exprimaient pas de la même façon dans l'activité professionnelle d'une part (avec une incapacité totale de travail) et d'autre part dans des domaines de la vie de l'assuré, étant donné que son fonctionnement était préservé, hormis peut-être durant la période de quelques jours directement après la mise en arrêt de travail. Enfin, le Dr F_____ estimait que le 20 février 2019 déjà, date à laquelle l'assuré avait écrit au directeur de l'établissement, celui-là s'était senti capable de reprendre le travail, ce qui paraissait incohérent avec la prolongation de l'arrêt de travail par le médecin traitant.

29. Par courriel du 25 juin 2019, l'assuré a confirmé à l'assurance s'être soumis à l'examen médical chez le Dr F_____. Il a sollicité l'envoi du rapport d'examen et réclamé le virement du « solde de l'indemnisation due depuis le 26 avril 2019 ».

30. Par courrier du 4 juillet 2019, l'assurance a informé l'assuré qu'après analyse de son dossier et suite à l'examen du 19 juin 2019, il s'avérait qu'aucune affection médicale

susceptible de motiver une incapacité de travail au-delà du mois de février 2019 n'avait pu être constatée. Les conditions pour l'octroi de prestations n'étaient plus remplies à compter de cette date, toutefois elle renonçait à réclamer les prestations versées à tort jusqu'au 18 mars 2019 et mettait un terme à ses versements à cette date. Le rapport de l'expert allait être transmis au Dr E_____ afin qu'il puisse en prendre connaissance par son intermédiaire.

31. Selon le procès-verbal établi le 25 juillet 2019 par le docteur I_____, médecin-conseil de l'assurance, le rapport d'expertise du 21 juin 2019 était pertinent et convaincant et les conclusions de l'expert pouvaient être suivies.

32. Par courrier du 30 juillet 2019, l'assuré a sollicité la transmission des documents médicaux le concernant, dont le rapport d'examen du 21 juin 2019. Il n'avait pas eu accès à ce rapport car le Dr E_____, qui devait le lui remettre, s'était renseigné auprès de l'association des médecins genevois, qui lui avait déconseillé de le faire.

33. Par courrier du 9 août 2019, l'assurance a invité l'assuré à désigner un médecin tiers à qui le médecin-conseil pourrait transmettre une copie du rapport, dès lors qu'elle devait faire preuve de la plus grande prudence quant à la communication de données de santé. Le médecin désigné par l'assuré pourrait ainsi partager le contenu dudit rapport avec lui.

34. Par courrier du 16 août 2019, l'assuré a demandé à l'assurance de transmettre une copie de tous les documents médicaux le concernant au Dr H_____.

35. Par certificat médical du 23 septembre 2019, le Dr H_____ a attesté que l'assuré était venu le consulter afin d'arrêter de consommer du tabac et de l'alcool, qu'il avait cessé toute consommation d'alcool depuis avril 2018 et toute consommation de tabac depuis janvier 2019. Son état psychique avait pu fluctuer mais était resté relativement bon. C'était dans ce contexte qu'étaient survenus ses ennuis professionnels avec sa hiérarchie et que son état psychique s'était soudainement dégradé. Il avait commencé à être la proie de ruminations et souffrait de troubles du sommeil. Il avait pris des anxiolytiques afin de lutter contre ces difficultés. Le Dr H_____ avait continué à voir l'assuré durant cette période et considérait que les arrêts de travail successifs du Dr E_____ étaient parfaitement justifiés, et ce jusqu'au licenciement de l'assuré le 10 avril 2019. Selon le Dr H_____, il aurait été incongru de proposer à l'assuré de retourner sur son lieu de travail qui était un lieu de conflits majeurs alors qu'il était déjà perturbé par ce qu'il avait vécu avant d'être en arrêt de travail.

36. Par certificat médical du 30 septembre 2019, le Dr D_____ a attesté qu'il avait été consulté par l'assuré en janvier 2019, suite à des troubles de l'adaptation en relation avec des conflits professionnels. Cette situation avait généré d'importantes répercussions psychologiques, ayant motivé sa mise en protection par un arrêt de travail, ainsi qu'une prise en charge psychiatrique par le Dr E_____, qui avait poursuivi l'arrêt de travail.

37. Par courrier du 7 octobre 2019, l'assuré a transmis à l'assurance une copie des certificats médicaux des Drs H_____ et D_____, lesquels contredisaient les conclusions de l'expertise médicale du Dr F_____, et a demandé la « rétrocession » de ses indemnités perte de gain pour la période du 19 mars au 9 avril 2019, soit CHF 4'851.10 bruts. En cas de non-paiement, il se réservait le droit d'entamer des poursuites judiciaires.

38. Par courrier du 17 octobre 2019, l'assurance a accusé réception des certificats médicaux des Drs H_____ et D_____. Les éléments mentionnés dans ces certificats, concernant la situation personnelle de l'assuré, n'étaient pas de nature à entraver sa capacité de travail d'un point de vue médical. Ses médecins confirmaient qu'il n'était plus en adéquation avec l'environnement professionnel dans lequel il évoluait. Cependant, dans un autre environnement professionnel, sa capacité de travail était totale puisqu'aucune affection médicale n'avait pu être mise en évidence pour justifier une incapacité de travail. Conformément à son obligation de diminuer le dommage, l'assuré était tenu d'entreprendre toutes les démarches nécessaires pour faire valoir sa capacité de travail de 100 % dans un environnement professionnel convenant à sa situation, si nécessaire auprès d'un autre employeur ou dans le cadre de l'assurance-chômage. Selon les résultats de l'examen, il était apte à exercer sa profession dès le mois de février 2019, de sorte que l'assurance maintenait sa position et ne verserait aucune indemnité au-delà du 18 mars 2019. Elle rappelait qu'elle avait renoncé à réclamer les indemnités journalières versées à tort du 1er février au 18 mars 2019.

39. Par acte envoyé le 13 janvier 2020, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) d'une demande en paiement à l'encontre de l'assurance, concluant à sa condamnation, sous suite de frais, au paiement de CHF 4'851.10 à titre d'indemnités perte de gain, de CHF 300.- à titre de remboursement d'honoraires du Dr F_____ du 19 mars 2019, de CHF 148.- à titre de remboursement des frais de rappel de factures qu'il n'avait pas pu payer à temps après son salaire d'avril 2019, ainsi que d'une somme juste et proportionnée à titre de tort moral.

    Selon le demandeur, en lui reprochant de ne pas avoir entrepris toutes les démarches nécessaires pour faire valoir sa capacité de travail de 100 % dans un environnement convenant à sa situation, si nécessaire auprès d'un autre employeur ou dans le cadre de l'assurance-chômage, la défenderesse demandait qu'il démissionne à l'aveugle et dans la précipitation sans savoir ce que son employeur avait à lui proposer ni même éventuellement à lui reprocher et ce seulement deux mois après son arrêt maladie. En outre, selon la défenderesse, lorsque l'employeur n'avait pas répondu à sa demande de rendez-vous, il ne convenait pas d'insister comme il l'avait fait mais simplement de trouver un travail ailleurs. Cependant, son travail auprès de l'employeur lui tenait à cœur.

Le rapport médical du 21 juin 2019 ne contenait en tant que tel « aucune grossière erreur, que des omissions », il ne s'agissait que d'un avis très subjectif d'un médecin ne l'ayant rencontré que l'espace de deux heures et cinq minutes et pour des faits remontant à plus de trois mois, de sorte que l'on pouvait douter de sa crédibilité. Ledit rapport suggérait une accentuation de certains traits de sa personnalité, traits paranoïaques et narcissiques, avis qu'il respectait dès lors que le Dr F_____ avait le droit de penser ce qu'il voulait. Il s'étonnait néanmoins que le diagnostic posé par le Dr E_____ était un autre, à savoir un trouble de l'adaptation et traits de personnalité émotionnellement labile, et que son alcoolisme traité passait comme un détail insignifiant dans le rapport du Dr F_____ alors que son addictologue, le Dr H_____, le suivait avec succès depuis avril 2018. Selon le demandeur, il pouvait exister autant de diagnostics que de psychiatres et médecins, cependant les Drs E_____ et H_____ le connaissaient depuis de nombreuses années, alors que le Dr F_____ ne l'avait croisé que deux heures dans sa vie. L'intéressé travaillait dans le domaine de la psychiatrie depuis septembre 2019 et constatait que les diagnostics dans ce domaine se posaient avec beaucoup de précautions et en collégialité, en prenant compte des avis de toute une équipe de soignants.

Son environnement professionnel lui était apparu subitement toxique et hostile dès le 7 janvier 2019, sentiment qui s'était accentué lorsque la direction de l'employeur avait refusé, le 22 février 2019, tout dialogue avec lui sous prétexte qu'il était malade. Son intuition s'était avérée exacte puisqu'il s'était fait licencier le 10 avril 2019 et que quinze autres collègues avaient subi le même sort dans les six mois suivant son arrêt maladie, ce dont le Dr F_____ n'avait pas fait mention dans son rapport. Il ne comprenait pas pourquoi le Dr F_____ avait volontairement omis de prendre en considération des facteurs qui ne relevaient pas de sa santé, tels que le conflit avec son supérieur ou son insatisfaction quant aux conditions de travail. La défenderesse ne pouvait pas ignorer le mal-être existant en travaillant auprès de l'employeur, dès lors qu'elle avait dû indemniser plusieurs assurés dans cette institution durant l'année 2019 et devait être au courant des innombrables licenciements qui avaient eu lieu après et avant son arrêt maladie. Lorsque ces maux concernaient près de 10 % des employés d'une même entreprise, il fallait aussi et surtout chercher le problème chez l'employeur.

Depuis le début de son arrêt maladie et jusqu'à ce jour, la défenderesse ne lui avait personnellement jamais posé de questions sur son état de santé et les causes de son arrêt de travail, ni envoyé le moindre questionnaire médical aux médecins ayant établi les certificats médicaux ou à son médecin addictologue. Il savait que d'autres employés dans la même situation que lui avaient eu droit à une visite d'un inspecteur d'assurance à domicile, puis à l'envoi de questionnaires médicaux à leur médecin traitant et/ou psychiatre avant toute expertise psychiatrique, de sorte qu'il ne comprenait pas pourquoi il avait eu un traitement différent et aléatoire.

Comme le Dr F_____ l'avait retenu, le demandeur ne pensait souffrir d'aucune pathologie psychiatrique grave. Il avait certes ses défauts et ses faiblesses, mais se

donnait les moyens pour vivre mieux avec eux, lorsqu'il ne pouvait pas les changer, et demandait de l'aide et du soutien lorsque cela lui semblait nécessaire. Il se connaissait bien, ne se mettait pas inutilement en danger.

En le mettant en arrêt maladie, les Drs D_____ et E_____ l'avaient préservé du pire, soit d'un milieu professionnel qui lui était devenu hostile. Il avait alors pris soin de lui et lorsqu'il s'était senti prêt et donc en sécurité, le 20 février 2019, soit seulement six semaines après son arrêt maladie, il avait tenté de renouer le dialogue avec son employeur. Le refus de son employeur de discuter lui avait fait sentir le besoin d'obtenir le soutien d'un syndicat car dans son contexte, il ne pouvait pas se permettre un mauvais certificat de travail, ni des pénalités en cas de licenciement ou de démission, voire de chômage. Le syndicat avait un peu tardé à le recevoir et à écrire à son employeur mais il n'en était pas responsable. Selon le demandeur, la défenderesse était submergée depuis quelques années par les demandes d'indemnités pour les employés de l'employeur, chaque année, cette institution faisait savoir sa difficulté à renégocier son assurance perte de gain et chaque année les cotisations augmentaient et le nombre de maladies et de licenciements s'amplifiait. En sept années de travail auprès de son employeur, il n'avait été que très rarement malade.

En le privant de CHF 5'000.- d'indemnités perte de gain en avril 2019, la défenderesse l'avait mis dans de sérieuses difficultés financières, sans en avoir eu cure, le sommant même de payer les honoraires de rendez-vous avorté de la première expertise médicale du 19 mars 2019, pour cause de lombalgie attestée par certificat médical.

40. Le 30 janvier 2020, la chambre de céans a invité les parties à indiquer si elles sollicitaient la tenue d'une audience de débats dans le cadre de la présente cause et a attiré leur attention sur le fait qu'en l'absence d'indication de leur part, elle considérerait que tel n'était pas le cas.

41. Par courrier du 25 mars 2020, la défenderesse a transmis son mémoire-réponse et chargé de pièces à la chambre de céans et a indiqué renoncer à ce stade à une audience de débats.

Dans ce mémoire-réponse, la défenderesse a conclu au déboutement du demandeur de toutes ses conclusions, avec suite de frais et dépens.

Elle faisait valoir que, conformément à ses CGA, elle n'accordait plus sa garantie lorsqu'il n'y avait plus de maladie ou que l'assuré retrouvait son aptitude au travail.

Si le demandeur avait produit les certificats médicaux des Drs D_____ et E_____ attestant d'une incapacité totale de travailler entre les mois de janvier et d'avril 2019, la défenderesse constatait que le demandeur avait produit, après que son employeur ne lui ait pas versé de salaire entre le 19 mars et le 10 avril 2019, d'autres certificats démontrant qu'il avait été traité pour des problèmes d'addiction à l'alcool qui seraient l'origine de ses problèmes relationnels au travail. Ces certificats, qui étaient postérieurs à l'expertise médicale, venaient contredire les

conclusions dûment étayées du rapport du Dr F_____. Le rapport d'expertise du Dr F_____ répondait entièrement aux réquisits de la jurisprudence en la matière, puisqu'il avait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical, la description du contexte et l'appréciation de la situation médicale étaient claires et les conclusions de l'expert étaient dûment motivées.

En mettant fin prématurément à l'entretien du 19 mars 2019 avec le Dr F_____, au motif que l'expert ne l'avait pas autorisé à enregistrer la consultation avec son enregistreur, le demandeur avait violé son obligation de collaborer ancrée à l'art. 26 ch. 4 des CGA. Il était expressément indiqué dans le courrier du 20 février 2019 de convocation à l'entretien que s'il ne collaborait pas lors de l'examen, il s'exposait à un refus, voire à une demande de remboursement des prestations, ainsi qu'à une prise en charge des frais d'expertise. Cette mise en garde avait été faite dans les délais pour ce faire et le demandeur, qui avait bien reçu la lettre de convocation du 20 février 2019, ne pouvait feindre de l'avoir ignorée.

La défenderesse avait interrompu le versement des indemnités journalières à la date de l'expertise manquée et une fois que celle-ci avait pu être effectuée en juin 2019, il était apparu que l'incapacité de travail n'était pas fondée au plan médical. Il s'agissait d'un problème de pure relation de travail et non une maladie qui justifiait une incapacité de travail selon les médecins traitants. Il n'y avait ainsi pas de maladie au sens de l'art. 3 ch. 5 [recte : ch. 3] des CGA. L'expert mandaté était formel puisqu'il ne retenait aucun diagnostic psychiatrique, déclarait qu'il n'existait aucune incapacité de travail et concluait que la capacité de travail était pleine au jour où l'expertise médicale aurait dû initialement être réalisée. C'était donc à bon droit que la défenderesse avait cessé le versement des indemnités journalières au 19 mars 2019 et qu'elle avait conditionné toute éventuelle reprise du versement à la tenue d'une expertise. Dans la mesure où l'expertise une fois réalisée avait abouti au constat d'une pleine capacité, il n'y avait aucun motif pour verser les indemnités journalières que réclamait le demandeur entre le 19 mars et le 9 avril 2019. Au surplus, la défenderesse avait renoncé à réclamer les indemnités journalières versées jusqu'au mois de mars 2019.

42. Par courrier du 1er avril 2020, la chambre de céans a transmis le mémoire-réponse au demandeur et l'a informé qu'il pouvait faire part de ses observations et était prié d'indiquer s'il souhaitait une audience de débat.

43. Le demandeur n'a pas répondu dans le délai imparti.

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

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales 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).

   b. Le contrat d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie couvrant le risque de perte de gain, soumis à la LCA, relève de l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale (arrêts du Tribunal fédéral 4A_47/2012 du 12 mars 2012 consid. 2; 4A_118/20111 du 11 octobre 2011 consid. 1.3 et les références).

   c. Selon l'art. 2 des CGA, auquel renvoie la police d'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie, le contrat est régi par la LCA en complément auxdites CGA.

   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 1er 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'espèce, l'art. 33 des CGA prévoit qu'en cas de contestations, le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux de l'assureur, soit ceux du lieu de travail suisse pour l'assuré domicilié à l'étranger.

   Le demandeur ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

3. En matière d'assurance collective contre les accidents ou la maladie, l'art. 87 LCA confère un droit propre au bénéficiaire contre l'assureur, dès qu'un accident ou une maladie est survenu.

   Cette disposition institue une créance indépendante au profit de l'ayant droit, créance qui naît au moment de la survenance du cas d'assurance.

   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; ATF 141 III 112 consid. 4.3).

Par conséquent, le demandeur possède la légitimation active pour agir contre la défenderesse.

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 (cf. art. 134 al. 1 let. c LOJ).

5. Pour le surplus, la demande en paiement du 13 janvier 2020, qui respecte les conditions de forme légales (art. 130 et 244 CPC), est recevable.

6. a. 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).

b. 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 et les 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).

c. Une expertise privée n'est pas un moyen de preuve au sens de l'art. 168 al. 1 let. d CPC; elle doit être assimilée aux allégués de la partie qui la produit (ATF 141 III 433 consid. 2.6; 140 III 24 consid. 3.3.3).

Seules doivent être prouvées les allégations qui sont expressément contestées (cf. art. 150 al. 1 CPC) ; une telle contestation doit être suffisamment précise afin que l'on puisse déterminer quelles sont les allégations du demandeur qui sont contestées. En d'autres termes, la contestation doit être concrète à telle enseigne que la partie qui a allégué les faits sache quels sont ceux d'entre eux qu'il lui incombe de prouver. Le degré de la motivation d'une allégation exerce une influence sur le degré exigible de motivation d'une contestation. Plus détaillées sont certaines allégations de la partie qui a le fardeau de la preuve, plus concrètement la partie adverse doit expliquer quels sont au sein de celles-ci les éléments de fait qu'elle conteste. Le fardeau de la contestation ne saurait toutefois entraîner un renversement du fardeau de la preuve (ATF 141 III 433 consid. 2.6 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3 août 2016).

Lorsqu'une allégation de partie est contestée de manière circonstanciée par la partie adverse, une expertise privée ne suffit pas à prouver une telle allégation. En tant qu'allégation de partie, une expertise privée peut, combinée à des indices dont l'existence est démontrée par des moyens de preuve, amener une preuve. Toutefois, si elle n'est pas corroborée par des indices, elle ne peut être considérée comme prouvée en tant qu'allégation contestée (ATF 141 III 433 consid. 2.6; arrêts du Tribunal fédéral 4A_247/2020 du 7 décembre 2020 consid. 4 et 4A_626/2015 du 24 mai 2016 consid. 2.5).

7. Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des prestations en matière d'assurance sociale. Rien ne justifie de ne pas s'y référer également lorsque, comme en l'espèce, une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu. Selon ce principe, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2). S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte

médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références; cf. également ATF 134 V 231 consid 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 4A_412/2010 du 27 septembre 2010 consid. 3.1).

Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci ; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1).

Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle le demandeur sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATA/143/1999 du 2 mars 1999).

8. En matière de certificats médicaux, on peut rappeler les considérants suivants, développés en matière de droit du travail mais qui s'appliquent mutatis mutandis à la présente procédure.

   Le juge tient généralement compte du certificat médical, pour autant qu'il n'ait pas de doutes fondés sur son exactitude. Il s'agit ainsi d'une preuve apparente (Anscheinsbeweis). Un certificat n'a ainsi pas valeur de preuve absolue, et l'employeur peut le mettre en doute en y opposant ses propres preuves. S'il y parvient, l'employé devra amener la preuve de son incapacité de travail que le certificat médical ne suffit alors plus à établir. La preuve apparente ne devient toutefois caduque que lorsqu'il est démontré qu'il existe une possibilité sérieuse que les faits se soient déroulés différemment. Ainsi, le juge peut s'écarter du certificat médical lorsqu'à la lumière des circonstances, il apparaît qu'il n'y a pas eu d'incapacité de travail effective (Roland MÜLLER, Arztzeugnisse in arbeitsrechtlichen Streitigkeiten, Pratique juridique actuelle [PJA], 2010/2, pp. 169-170). En cas de doute sur l'existence de l'incapacité de travail, il appartient à l'assureur d'apporter la preuve du contraire, le cas échéant, en demandant à l'assuré de se soumettre à un examen médical auprès du médecin-conseil ou d'un autre médecin (Jean-Michel DUC, Questions de procédure en assurance perte de

gain maladie LCA, in : Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle, Berne 2010, p. 147).

La remise d'un certificat médical rétroactif n'est pas d'emblée caduque, mais n'est pas sans poser de problèmes. Un médecin ne peut en effet juger qu'avec une certitude limitée si la prétendue incapacité de travail existait déjà avant l'examen. Un tel certificat doit au moins contenir la date du début de l'incapacité de travail, sa date d'établissement, ainsi que la date du premier traitement. La durée de la rétroactivité du constat ne devrait pas être trop longue (arrêt du Tribunal administratif fédéral A-6410/2014 du 1er septembre 2015 consid. 4.3.4.2). Sur un plan scientifique, il est généralement possible au médecin de déterminer, surtout s'il s'agit de son propre patient, que trois ou quatre jours avant, voire plus selon les circonstances et la pathologie constatées, le travailleur était dans l'incapacité de fournir sa prestation. Le caractère rétroactif doit cependant inciter le juge à la prudence. S'agissant de maladies d'origine psychique, la précision avec laquelle il est possible de déterminer le moment exact où débute l'incapacité de travail décroît rapidement avec l'écoulement du temps, surtout lorsque seules les déclarations du patient fondent le diagnostic du médecin (Olivier SUBILIA/Jean-Louis DUC, Droit du travail, Lausanne 2010, p. 591).

9. a. En l'occurrence les conclusions du demandeur tendent à la condamnation de la défenderesse à lui verser les sommes de CHF 4'851.10 à titre d'indemnités journalières du 19 mars au 9 avril 2019, de CHF 300.- à titre d'honoraire de l'entretien médical du 19 mars 2019, de CHF 146.80 correspondant aux frais de rappel de diverses factures impayées du mois d'avril 2019, ainsi qu'un tort moral juste et proportionné.

   b. La défenderesse conclut au déboutement de toutes les conclusions du demandeur.

   c. 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. La maxime de disposition signifie que les parties déterminent l'objet du litige, c'est-à-dire si, quand, dans quelle étendue et pendant quelle durée elles veulent faire valoir une prétention en justice comme demandeur, respectivement la reconnaître comme défendeur (ATF 134 III 151 consid. 3.2; François BOHNET, Code de procédure civile annoté, 2016, n. 1 ad art. 58 CPC).

   d. Le litige porte ainsi en premier lieu sur la question de savoir si le demandeur peut prétendre à des indemnités journalières du 19 mars au 9 avril 2019 inclus. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si le demandeur présentait une incapacité de travail pour cause de maladie durant cette période.

10. a. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1er 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 (ATF 124 III 44 consid. 1a/aa). Comme l'art. 100 al. 1 LCA renvoie au Code des obligations du 30 mars 1911 (CO - RS 220) 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). La LCA 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). Le droit aux prestations d'assurances se détermine donc sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.263/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a).

b. En l'espèce, la police d'assurance prévoit une indemnité journalière en cas de maladie s'élevant à 90 % du salaire assuré, versée pendant sept cent trente jours au maximum, sous déduction d'un délai d'attente de trente jours.

Selon l'art. 3 ch. 3, 1ère phrase des CGA, par maladie, on entend toute atteinte involontaire à la santé physique, mentale ou psychique, 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.

Selon le ch. 7, 1ère phrase de cette disposition, 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.

À teneur de l'art. 13 ch. 1 let. a, 1ère phrase des CGA, l'indemnité journalière est allouée proportionnellement au degré d'incapacité qui doit être d'au moins 25 %.

11. a. Le demandeur, qui se réfère aux rapports de ses médecins traitants, requiert le versement d'indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail de 100 % jusqu'au 9 avril 2019 inclus.

La défenderesse, estime ne pas avoir à verser d'indemnités journalières pour cause de maladie au demandeur au-delà du 18 mars 2019. Elle se fonde sur le rapport d'examen du Dr F_____ du 21 juin 2019, lequel conclut à la capacité totale de travail dès le mois de février 2019.

En l'occurrence, il y a lieu d'examiner si le demandeur présentait une incapacité de travail pour cause de maladie de 25 % au moins du 19 mars au 9 avril 2019.

Conformément à la jurisprudence précitée, la charge de la preuve de l'incapacité de travail incombe au demandeur.

b. À titre liminaire, il sied de relever que le demandeur n'a pas eu l'occasion de se déterminer sur le libellé des questions soumises au Dr F_____, de sorte que le rapport du psychiatre du 21 juin 2019 n'est en tout état de cause pas une expertise au sens strict du terme, mais une expertise privée qui doit être considérée comme une simple allégation de partie.

Dans la mesure où tant les rapports médicaux produits par le demandeur que celui produit par la défenderesse sont contestés par la partie adverse, ils constituent de simples allégations.

Il convient donc de déterminer si les allégations résultant de ces différents rapports médicaux, combinés à des indices objectifs, peuvent apporter la preuve de leur propre véracité.

c. Le demandeur fait valoir qu'il était en incapacité totale de travail jusqu'au 9 avril 2019 et se fonde sur les certificats médicaux établis par les Drs D_____ et E_____, ainsi que sur les rapports établis par les Drs H_____ et D_____.

Le certificat médical du 8 janvier 2019 du Dr D_____ et les certificats consécutifs du Dr E_____, se contentent de prescrire des arrêts de travail pour maladie, du 7 janvier au 9 avril 2019 inclus, sans donner aucune autre indication.

Selon le rapport du 21 juin 2019 du Dr F_____, aucun diagnostic motivant une incapacité de travail n'est constaté par le psychiatre. Celui-ci se fonde sur une anamnèse complète et un examen clinique du demandeur, effectué le 19 juin 2019, et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il ressort en particulier de ce rapport qu'au moment déjà où le demandeur a écrit à son employeur le 20 février 2019, il s'était senti capable de reprendre le travail.

Ce rapport, bien qu'établi postérieurement à la période de mise en arrêt maladie du demandeur, vient contredire les derniers certificats médicaux établis par le Dr E_____ et met ainsi en doute l'existence de l'incapacité de travail du demandeur durant la période en cause.

d. Selon le demandeur, le rapport du Dr F_____ ne contient aucune grossière erreur, mais omet certains éléments et ne fait que refléter l'avis très subjectif du psychiatre après un entretien de seulement deux heures, ce qui, selon lui, remet en cause sa crédibilité.

Il n'a cependant présenté aucune contestation circonstanciée et n'a en particulier pas remis en cause les constations figurant au titre de l'examen clinique, ni mis en doute la motivation du Dr F_____ ayant conduit à ses conclusions.

e. Le demandeur relève ensuite que les diagnostics du Dr F_____ sont différents de ceux du Dr E_____. Toutefois, il ne produit aucun document médical établi par le Dr E_____ faisant état desdits diagnostics. Au demeurant, les diagnostics qu'il impute au Dr E_____, à savoir trouble de l'adaptation et traits de personnalité émotionnellement labile, n'apparaissent pas d'une gravité particulièrement grande.

f. Le demandeur s'appuie sur les rapports des Drs H_____ et D_____ qui viennent, selon lui, contredire le rapport du Dr F_____ et confirmer les certificats du Dr E_____.

Ces deux rapports médicaux ont été établis par les médecins traitants du demandeur, de sorte qu'il convient, en les examinant, de prendre en compte la

relation de confiance unissant les médecins à leur patient, relation qui peut avoir influencé leur objectivité ou leur impartialité.

En outre, les Drs H_____ et D_____ sont tous deux des médecins généralistes, et, selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2).

Il convient encore de relever que dans leurs rapports médicaux respectifs, les deux médecins traitants indiquent certes qu'en raison de conflits professionnels, le demandeur a subi des troubles psychologiques, toutefois sans expliquer en quoi ces troubles seraient incapacitants.

De surcroît, ces rapports ont été établis le 30 septembre, respectivement le 7 octobre 2019, soit postérieurement au rapport du Dr F_____ et donc à la période litigieuse.

g. Force est ainsi de constater que le rapport d'examen du Dr F_____, qui est détaillé et approfondi, à l'inverse de ceux émanant des médecins traitants, permet de saisir le raisonnement qui a amené celui-là à considérer que le demandeur, sur le plan psychiatrique, ne présentait aucune incapacité de travail au-delà du 18 mars 2019.

De surcroît, aucun indice au dossier ne permet d'admettre que le demandeur souffrait d'une atteinte psychique incapacitante durant la période litigieuse.

Au vu de ces éléments, il n'est pas établi, même au degré de la vraisemblance prépondérante, que le demandeur, à qui il incombait le fardeau de la preuve, était en incapacité de travail pour cause de maladie du 19 mars au 9 avril 2019.

Sa conclusion en paiement de CHF 4'851.10 doit donc être rejetée.

12. S'agissant de la demande en remboursement des honoraires de l'entretien du 19 mars 2019 avec le Dr F_____, il convient d'examiner si la défenderesse pouvait exiger qu'ils soient pris en charge par le demandeur, en raison de sa violation du devoir de collaborer.

L'art. 18 ch. 2 let. c des CGA prévoit que les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré refuse de collaborer aux mesures d'instructions (p.ex. se faire examiner par un médecin mandaté par l'assureur) ou ne se présente pas à une convocation ordonnée par l'assureur sans motif valable et que dans ce cas, l'assureur se réserve en outre le droit de demander le remboursement de prestations déjà avancées et de facturer à l'assuré les frais relatifs à la convocation manquée.

Selon l'art. 26 ch. 4 des CGA, l'assuré doit collaborer avec l'assureur et les tiers qu'il mandate (inspecteur de sinistres, gestionnaires, médecins, etc.) et doit notamment suivre leurs prescriptions, fournir les documents demandés et répondre de manière complète et selon la vérité aux questions posées par l'assureur.

En l'occurrence, il ressort des échanges de courriers produits par les parties que le demandeur a d'abord indiqué à l'assurance par courrier du 27 mars 2019 que le Dr F_____ avait refusé de procéder à l'examen en raison de sa demande d'enregistrer l'entretien et qu'il n'avait rien à cacher et aucune raison de ne pas se soumettre à un examen médical, mais demandait qu'il soit enregistré par les deux parties afin de se protéger contre toute libre interprétation subjective d'un médecin. Il a ensuite expliqué à l'assurance dans un courrier du 18 avril 2019 qu'il avait été dans l'incapacité de se soumettre à l'examen du Dr F_____ le 19 mars 2019 en raison de lombalgies qui avaient nécessité la visite d'un médecin à domicile.

Or il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a ; ATF 115 V 143 consid. 8c).

Bien que le demandeur ait produit des documents médicaux dans le sens de ses dernières explications, cette version n'emporte pas la conviction de la chambre de céans. En effet, le demandeur s'est bien rendu au rendez-vous le 19 juin 2019 auprès du Dr F_____ et, au vu de ses premières déclarations, il se serait vraisemblablement soumis à l'examen s'il avait pu l'enregistrer. Cette version est d'ailleurs confirmée par le courriel du 19 mars 2019 du Dr F_____.

S'agissant de la demande d'enregistrement du demandeur, les CGA ne prévoient aucune disposition fondant un droit à procéder à un tel enregistrement.

Au regard du droit d'être entendu, le Tribunal fédéral a notamment nié celui d'une partie d'être assistée d'un avocat ou d'une personne de son choix lors d'une expertise médicale pour autant que la personne en cause et celui qui l'assiste puissent ultérieurement avoir accès au rapport et se déterminer sur les conclusions qu'il contient, le but étant de permettre à l'expert, lorsque la partie est elle-même objet de l'expertise, une évaluation aussi objective que possible et de prévoir ainsi les conditions les plus appropriées pour permettre une telle évaluation (ATF 132 V 443 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2012 du 18 février 2013 consid. 4)

En outre, selon le Tribunal cantonal vaudois, contraindre l'examinateur à procéder à un enregistrement vidéo de son examen clinique peut influencer le déroulement de l'examen, et une telle contrainte apparaît inappropriée. La personne examinée, comme son conseil, pouvant prendre connaissance du rapport au moment où il est rendu et se déterminer sur celui-ci, le droit d'être entendu est ainsi garanti (arrêt de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud CASSO AI 289/19 – 89/2014 du 28 avril 2014 consid. 3).

Suite au refus du Dr F_____ de le laisser enregistrer son examen, le demandeur n'invoque aucune disposition légale pour ne pas se soumettre audit examen. En outre, il aurait de toute façon eu ultérieurement accès au rapport ainsi que la possibilité de se déterminer sur les conclusions qu'il contenait.

La défenderesse a par ailleurs dûment averti le demandeur, dans son courrier de convocation, des risques que celui-ci encourrait à défaut de collaboration.

Elle était donc fondée à lui demander, pour non-respect de son devoir de collaboration, le paiement des honoraires de l'entretien du 19 mars 2019.

13. Les conclusions tendant au paiement de factures émanant de tiers, ainsi qu'à un tort moral, si tant est qu'elles soient recevables – ce qui peut demeurer indécis –, sont en tout état de cause exclues par le déboutement de la conclusion en paiement de CHF 4'851.10 à titre d'indemnité pour la période du 19 mars au 9 avril 2019, dont elles dépendent.

14. La demande doit dès lors être intégralement rejetée, dans la mesure de sa recevabilité.

15. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge du demandeur (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]) ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC).

******

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande en paiement du 13 janvier 2020 recevable.

Au fond :

2. La rejette, dans la mesure de sa recevabilité.
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
Sylvie CARDINAUX	Blaise PAGAN

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