

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1443/2025

ATAS/561/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 juin 2026

Chambre 16

En la cause

A_____
représenté par Me Francesco LA SPADA, avocat

demandeur

contre

AXA ASSURANCES SA
représentée par Me Radivoje STAMENKOVIC, avocat

défenderesse

Siégeant : Justine BALZLI, présidente; Yves MABILLARD et Michael RUDERMANN,
juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Dès le 1^{er} février 2018, A_____ (ci-après : l'assuré) a été engagé en qualité de *documentary credit officer* auprès de B_____ SA (ci-après : l'employeuse).

b. De ce fait, il était couvert par la police d'assurance-maladie indemnités journalières en cas de maladie n° 1_____ (ci-après : la police) conclue par l'employeuse auprès d'AXA ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance).

La police couvrait l'ensemble du personnel avec salaire(s) effectif(s), avec salaire maximal assuré de CHF 500'000.- par personne et par an, l'indemnité journalière en cas de maladie étant de 90% du salaire assuré pendant 730 jours moins le délai d'attente de 30 jours. Les conditions générales, édition 07.2021 étaient applicables (ci-après : CGA).

B. a. Dès le 15 avril 2024, l'assuré s'est retrouvé en état d'incapacité de travail pour cause de maladie, selon les certificats médicaux du docteur C_____, médecin spécialiste en médecine interne (couvrant la période du 15 avril au 31 octobre 2024), puis du docteur D_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (dès le 1^{er} novembre 2024). Du 15 avril au 9 mai 2024, l'incapacité de travail était totale. Du 10 au 26 mai 2024, l'incapacité de travail était de 50%. Dès le 27 mai 2024, l'incapacité de travail était à nouveau totale.

b. Le 13 mai 2024, l'employeuse a annoncé à l'assurance que l'assuré était en arrêt de travail depuis le 15 avril 2024, son médecin étant le Dr C_____.

c. Le 20 juin 2024, le Dr C_____ a rempli un rapport médical succinct pour diagnostic et incapacité de travail. Le diagnostic était un trouble de l'adaptation, réaction mixte (F43.22). L'assuré était suivi par une psychologue, E_____, et était incapable de travailler à 100%.

d. Conformément aux décomptes de prestations émis entre le 25 juin et le 23 octobre 2024, après échéance du délai d'attente du 15 avril au 14 mai 2024, l'assurance a accordé des indemnités journalières à 50% (CHF 184.93) du 15 au 26 mai 2024, puis à 100% (CHF 369.86) du 27 mai au 30 septembre 2024.

e. Le 24 septembre 2024, le docteur F_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a, sur demande de l'assurance, rendu un rapport de plausibilisation de l'incapacité de travail, après avoir examiné l'assuré le 11 septembre 2024.

Il a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) et une incapacité de travail totale jusqu'au 23 septembre 2024, date à partir de laquelle l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail. Ce dernier avait été en incapacité de travail totale dès le 15 avril 2024 en raison d'un stress professionnel prolongé, qui s'était manifesté par un épuisement psychologique lié à une surcharge de travail et un manque de soutien de sa hiérarchie. Ces conditions avaient progressivement conduit à un état de

vulnérabilité psychologique, se manifestant par des difficultés croissantes à gérer le quotidien. Il n'avait jamais eu recours à un traitement psychotrope et son suivi thérapeutique, initié en juin avec la psychologue, restait modéré, se limitant à environ un rendez-vous par mois. Il voyait le Dr C_____ une fois par mois. Cela indiquait qu'il avait été capable de gérer ses symptômes de manière relativement autonome, sans intervention thérapeutique intensive. Il n'avait pas exprimé le besoin d'un suivi plus intensif ou de traitement médicamenteux, renforçant l'idée qu'il conservait une certaine résilience face à la situation. L'assuré était conscient que les conditions de travail ayant mené à son épuisement ne changeraient probablement pas. Néanmoins, malgré ces défis, son état clinique était vraisemblablement compatible avec une reprise d'activité professionnelle. Actuellement était constatée l'absence de toute limitation fonctionnelle spécifique justifiant de manière plausible une incapacité de travail à partir de la date d'évaluation. Le tableau clinique était clair et les constatations cliniques objectives étaient en adéquation avec l'attitude déclarée.

f. Le 25 septembre 2024, l'assurance a informé l'assuré qu'au vu des conclusions du Dr F_____, elle considérait qu'il serait apte à travailler à 100% et que, partant, elle cesserait le versement des indemnités journalières dès cette date.

g. Le 1^{er} octobre 2024, le Dr C_____ a contesté les conclusions du Dr F_____. Son patient n'était pas capable de reprendre son travail en raison de ses problèmes de santé. La situation évoluait lentement. Il était illusoire de demander une reprise à 100%. Une reprise partielle aurait été à la rigueur possible.

h. Dans un rapport médical du 14 octobre 2024, le Dr D_____ s'est également opposé aux conclusions du Dr F_____ et a indiqué que la reprise du travail n'était pas envisageable du point de vue médical.

Après avoir reçu son patient le 11 octobre 2024, ce dernier présentait de nombreux symptômes en lien avec un épisode dépressif sévère évolutif ne permettant pas sa reprise de travail. Étaient relevés une très grande fatigue et une tension interne importante avec beaucoup de ruminations, un sentiment de perte d'espoir et de pessimisme général, de sérieux problèmes de sommeil, une diminution de l'appétit et des troubles de la concentration. L'échelle MADRS ressortait à 38/60, soit un score de dépression sévère. Le patient relevait qu'il avait déjà répondu à des questions très similaires dans un formulaire de dix questions avec le Dr F_____, qui ne figurait pas dans le rapport de ce dernier. L'annonce d'une reprise à 100% constituait probablement un facteur aggravant, mais son état clinique ne permettrait pas une reprise même partielle au vu du tableau d'épisode dépressif sévère nécessitant des soins.

i. Le 14 octobre 2024, l'employeuse a résilié le contrat de travail la liant à l'assuré avec effet au 31 janvier 2025 et l'a libéré de l'obligation de travailler. Elle l'a par ailleurs informé être libérée de son obligation de continuer à verser le salaire sur

la période d'arrêt à compter du 1^{er} octobre 2024, ne se substituant pas au versement des indemnités journalières.

j. Le 17 octobre 2024, le Dr F_____ a transmis une « évaluation du dossier IJM » à l'assurance.

Les observations rapportées par le Dr D_____ différaient de l'état clinique que lui-même avait précédemment constaté. Il était courant que les évaluations médicales et psychologiques varient en fonction de l'évolution de l'état de santé de l'assuré, du moment de l'examen, ainsi que des informations disponibles à chaque évaluation. Néanmoins, en l'absence d'examen clinique récent de sa part, les observations du Dr D_____ étaient les seuls éléments objectifs disponibles pour examiner l'état de santé de l'assuré et prendre une décision appropriée concernant sa reprise de travail. Dans ce contexte, maintenir l'incapacité de travail à ce stade semblait être une mesure prudente. Afin d'obtenir des données cliniques actualisées, il serait opportun d'organiser une nouvelle évaluation médicale, ce qui permettrait de réévaluer la prise en charge thérapeutique et de vérifier si des traitements antidépresseurs avaient été prescrits, ceux-ci étant souvent considérés comme un élément clé du traitement de la dépression sévère et un soutien psychothérapeutique rapproché constituant une composante essentielle. Le Dr D_____ n'avait pas fait mention de ce type de traitement dans son rapport.

k. Le 4 décembre 2024, le docteur G_____, médecin spécialiste en psychiatrie, a rendu, sur demande de l'assurance, un rapport d'expertise psychiatrique concernant l'assuré. Il n'a retenu aucun diagnostic, ni avec ni sans répercussion sur la capacité de travail.

l. Le même jour, l'assurance a informé l'assuré qu'au vu du rapport du Dr G_____, elle maintenait sa décision et ne pouvait pas octroyer à l'assuré des prestations au-delà du 30 septembre 2024.

m. Le 23 décembre 2024, l'assuré a contesté auprès de l'assurance avoir une pleine capacité de travail depuis le 1^{er} octobre 2024 et l'arrêt des prestations au 30 septembre 2024 et l'a mise en demeure de reprendre le versement des indemnités journalières.

n. Le 6 janvier 2025, l'assurance s'est référée aux avis des Drs F_____ et G_____.

o. Le 11 février 2025, l'assuré a maintenu sa contestation et sa mise en demeure et a indiqué être d'accord pour la mise en œuvre d'une troisième expertise, avec un expert choisi en commun qui ne soit pas directement ou indirectement lié à l'assurance.

Il a annexé à son courrier des certificats médicaux du Dr D_____ attestant de son incapacité totale de travailler du 1^{er} décembre 2024 au 28 février 2025.

- C. a. Le 25 avril 2025, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'une demande à l'encontre de l'assurance, concluant au constat de son incapacité de travail complète pour cause de maladie au-delà du 30 septembre 2024 et de son droit aux indemnités journalières du 1^{er} octobre 2024 à la fin de son incapacité de travail, ainsi qu'à la condamnation de l'assurance au paiement des indemnités journalières pour perte de gain du 1^{er} octobre 2024 jusqu'à la fin de son incapacité de travail, soit CHF 78'399.72 avec intérêts à 5% l'an dès le 14 janvier 2025 (indemnités journalières jusqu'au 30 avril 2025), puis CHF 369.86 par jour à compter du 1^{er} mai 2025 jusqu'à la fin de son incapacité de travail pour cause de maladie, sous suite de frais et dépens. Préalablement, il a demandé la conduite d'une expertise judiciaire, la production par l'assurance de l'intégralité du dossier concernant son incapacité de travail perdurant depuis le 15 avril 2024, sa comparution personnelle, ainsi que l'audition des Drs F_____, G_____, D_____ et C_____.

L'expertise du Dr F_____ avait été contestée par les Drs C_____ et D_____, ce dernier ayant par ailleurs souligné que l'expert avait omis de faire apparaître dans son rapport d'expertise les résultats d'un questionnaire sur les symptômes de dépression sévère, malgré les questions posées à l'assuré lors de l'examen. À la suite du rapport du Dr D_____, le Dr F_____ avait changé sa position, recommandé de maintenir l'incapacité de travail au-delà du 30 septembre 2024 et préconisé une nouvelle expertise. Il avait changé d'avis et s'était rangé à l'avis de ses médecins traitants. Divers certificats médicaux des Drs C_____ et D_____ attestaient d'une incapacité de travail totale d'avril 2024 à avril 2025 au moins. Il présentait de nombreux symptômes correspondant à une dépression sévère évolutive conformément au rapport du Dr D_____ et son état n'était pas compatible avec une reprise de son activité de *documentary credit officer* à 100% exigée par l'assurance.

Il a notamment versé à la procédure des certificats médicaux du Dr C_____ attestant de son incapacité de travailler à 100% du 25 avril au 9 mai 2024, à 50% du 10 mai au 26 mai 2024, à 100% du 27 mai au 31 octobre 2024 (le certificat médical couvrant la période du 30 août au 30 septembre 2024 précisant qu'il était capable de se rendre à l'étranger durant cette période) et des certificats médicaux du Dr D_____ concernant son incapacité de travail totale du 1^{er} novembre 2024 au 30 avril 2025.

b. Par réponse du 23 mai 2025, l'assurance a conclu préalablement à l'édition des dossiers de l'assurance-invalidité et de l'assurance-chômage de l'assuré et principalement au rejet de la demande de l'assuré, dans la mesure de sa recevabilité. Elle s'est opposée à la conduite d'une expertise, qui n'était pas nécessaire.

L'examen par le Dr F_____ n'avait pas mis en évidence de restriction à la capacité de travail de l'assuré. Suite à la consultation du Dr D_____, le Dr F_____ avait surtout préconisé un nouvel examen dès lors que le psychiatre

traitant semblait mettre en évidence une péjoration de l'état de santé. Or, dans son rapport d'expertise, le Dr G_____ avait intégralement confirmé les observations du Dr F_____. Il n'existait aucune contradiction dans les avis des médecins qu'elle avait consultés. L'assurance était fondée à refuser d'allouer des prestations au-delà du 1^{er} octobre 2024. L'assuré n'était de loin pas restreint dans ses activités quotidiennes, ce que confirmaient ses médecins traitants. Il avait été en mesure de partir en vacances. Durant plusieurs mois, il avait consulté son médecin généraliste ainsi qu'une psychologue et n'avait bénéficié d'aucune prise en charge pharmaceutique. Il n'était pas établi que l'assuré présentait une restriction de sa capacité de travailler. Le Dr C_____ relevait du reste qu'une reprise partielle paraissait envisageable. Il n'existait aucune raison de s'écarter des indications circonstanciées du Dr G_____.

Si des prestations devaient être versées à l'assuré, il conviendrait d'imputer sur celles-ci les prestations versées ou qui auraient pu être versées par l'assurance-invalidité ou par la caisse de chômage.

c. Par réplique du 27 août 2025, l'assuré a persisté dans ses conclusions et les a amplifiées, demandant désormais le paiement de CHF 123'903.- avec intérêts à 5% l'an dès le 17 mars 2025 (indemnités journalières jusqu'au 31 août 2025) et de CHF 369.86 par jour dès le 1^{er} septembre 2025 jusqu'à la fin de son incapacité de travail pour cause de maladie.

Il n'était pas parti en vacances, mais avait fait une thérapie douce en Haute-Savoie en France. Il demeurait en incapacité de travail totale.

Il a versé à la procédure une facture du 27 septembre 2024 de Maison des arts – Écriture et énergétique pour de la « Thérapie douce – Bilan » au salon de Sciez pour un montant de CHF 80.-, ainsi que des certificats d'incapacité totale de travailler du Dr D_____ pour la période du 1^{er} mai au 31 août 2025.

d. Par duplique du 27 octobre 2025, l'assurance a persisté dans ses conclusions.

L'assuré semblait avoir bénéficié d'une thérapie douce sur une seule journée. On ne discernait pas pour quel motif il aurait sollicité de son médecin une autorisation pour se rendre à l'étranger durant un mois, si ce n'est pour des vacances. Son état était compatible avec une reprise d'activité professionnelle. Les certificats du Dr D_____ ne remettaient pas en cause les constatations et avis circonstanciés des Drs F_____ et G_____. L'assuré n'exposait pas quel traitement était administré, voire si des changements sur le plan pharmacologique avaient été effectués, alors même que le trouble semblait, selon lui, en évolution depuis 18 mois.

e. Le 11 mai 2026 a eu lieu une audience de débats d'instruction et des débats principaux.

L'assuré a allégué que son incapacité de travail s'était poursuivie jusqu'au 21 décembre 2025, date à laquelle elle avait pris fin, qu'il s'était inscrit au

chômage et avait perçu quelques jours d'indemnités, les versements ayant cessé, car il était en arrêt de travail antérieurement à son inscription au chômage, et qu'il n'avait pas déposé de demande auprès de l'assurance-invalidité. Il a notamment versé à la procédure un certificat médical du Dr D_____ concernant son incapacité totale de travailler du 1^{er} au 30 septembre 2025 et un certificat médical du Dr C_____ attestant de son arrêt de travail à 100% du 17 novembre au 21 décembre 2025. Il a persisté dans ses demandes de comparution personnelle, d'audition des Drs F_____, G_____, D_____ et C_____ et d'expertise, l'audition des médecins devant avoir lieu dans un premier temps pour ensuite examiner la nécessité d'une expertise. La demande de production du dossier de l'assurance-invalidité était sans objet et il s'engageait à produire un décompte des indemnités perçues. Il a maintenu et amplifié ses conclusions, concluant désormais au paiement de, outre les CHF 123'903.- demandés dans sa réplique, CHF 41'424.32 avec intérêts à 5% l'an dès le 25 août 2025, correspondant aux indemnités journalières du 1^{er} mai au 21 décembre 2025.

L'assurance a contesté les nouveaux allégués formulés par l'assuré et a souligné que les pièces produites couvraient la période du 1^{er} au 30 septembre 2025, puis du 17 novembre au 21 décembre 2025, l'incapacité totale de travailler étant pour cette dernière période attestée par le généraliste. Elle a persisté à demander la production des dossiers de l'assurance-invalidité et de l'assurance-chômage de l'assuré, s'ils existaient, et a demandé l'interrogatoire de ce dernier. Elle ne s'est opposée ni à l'audition des médecins, ni à la conduite d'une expertise. Elle a persisté dans ses conclusions en rejet de la demande, y compris des nouvelles conclusions de l'assuré.

Sur ordonnance de preuve rendue sur le siège, s'est tenue dans la foulée l'interrogatoire de l'assuré. Au début de son incapacité de travail, il dormait jour et nuit. Ça s'était ensuite inversé. Il n'arrivait plus à dormir la nuit et n'avait rien envie de faire la journée. Il avait une tension élevée, ce qui avait conduit son médecin à le mettre en arrêt. Il n'arrivait pas à accomplir les tâches administratives. Il faisait juste ses paiements, et même là, il faisait des erreurs de comptes. La concentration était difficile. Il manquait de motivation. Il n'avait plus envie de rien faire du tout. C'était déjà le cas avant son arrêt de travail. La décision de refus de prester de l'assurance avait engendré une grosse déception et n'avait fait que l'enfoncer dans son état. Il n'était pas inscrit au chômage. Il ne s'était pas réinscrit, car il ne se sentait toujours pas apte à travailler et car la dernière fois, il n'avait perçu, sauf erreur, que 5 ou 6 jours de prestations avant qu'il soit conclu qu'il n'était pas apte au travail. Il n'avait pas formé de demande auprès de l'assurance-invalidité, car personne ne lui avait indiqué de le faire et car il était soigné pour guérir. Il n'avait pas entamé de démarches à l'encontre de son employeuse, notamment devant les Prud'hommes. Il avait uniquement demandé une rectification de son certificat de travail.

f. Par ordonnance du 13 mai 2026, la chambre de céans a ordonné à l'assuré de produire un décompte des indemnités de chômage perçues et a renoncé à l'audition des Drs C_____, D_____, F_____ et G_____, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

g. Le 2 juin 2026, l'assuré a produit ses décomptes d'assurance-chômage et une attestation de prestations de l'assurance-chômage pour l'année 2025.

h. Le 8 juin 2026, les parties ont plaidé oralement devant la chambre de céans.

L'assuré a persisté dans ses conclusions, à savoir le constat de son incapacité totale de travailler au-delà du 30 septembre 2024 et de son droit aux indemnités journalières du 1^{er} octobre 2024 au 21 décembre 2025, ainsi que la condamnation de l'assurance au paiement de CHF 123'903.- avec intérêts à 5% l'an dès le 17 mars 2025 (indemnités journalières du 1^{er} octobre 2024 au 31 août 2025), ainsi que de CHF 41'424.32 avec intérêts à 5% l'an dès le 25 août 2025 (indemnités journalières du 1^{er} mai au 21 décembre 2025), soit au total CHF 165'327.32 avec intérêts à 5% l'an dès le 25 août 2025. Il a indiqué ne pas s'opposer à ce que le montant perçu de l'assurance-chômage soit déduit du montant des indemnités journalières encore dues.

L'assurance a également persisté dans ses conclusions en rejet de la demande, sous suite de frais et dépens.

À l'issue de l'audience, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

- 1. 1.1** 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), 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, les CGA se réfèrent à la LCA.

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

1.2 L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1^{er} janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Selon l'art. 31 CPC, le tribunal du domicile ou du siège du défendeur ou celui du lieu où la prestation caractéristique doit être exécutée est compétent pour statuer sur les actions découlant d'un

contrat. Sauf disposition contraire de la loi, les parties peuvent convenir d'un for pour le règlement d'un différend présent ou à venir résultant d'un rapport de droit déterminé. Sauf disposition conventionnelle contraire, l'action ne peut être intentée que devant le for élu (art. 17 al. 1 CPC). La convention doit être passée en la forme écrite ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte (art. 17 al. 2 CPC).

En l'occurrence, l'art. A9.2 CGA prévoit que seuls les tribunaux ordinaires suisses sont compétents pour les litiges relevant du contrat d'assurance. La prestation caractéristique visant le versement d'indemnités journalières, il s'agit d'une dette portable qui doit être exécutée au lieu du domicile de l'assuré (ATAS/135/2025 du 10 mars 2025 consid. 1.2).

Le demandeur, en sa qualité d'assuré, étant domicilié dans le canton de Genève, la chambre de céans est également compétente à raison du lieu.

1.3 Selon la jurisprudence, les litiges que les cantons ont décidé de soumettre à une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/889/2024 du 15 novembre 2024 consid. 1.3). Cette jurisprudence a été codifiée au 1^{er} janvier 2025, l'art. 198 let. f CPC (applicable également aux procédures en cours lors de son entrée en vigueur ; art. 407f CPC) prévoyant désormais expressément que la procédure de conciliation n'a pas lieu dans les litiges qui sont de la compétence d'une instance cantonale unique en vertu de l'art. 7 CPC. Le présent litige relevant des art. 7 CPC et 134 al. 1 let. c LOJ, il n'était pas soumis à conciliation.

1.4 Pour le reste, la demande respecte les conditions formelles prescrites par les art. 130 et 244 CPC, ainsi que les autres conditions de recevabilité prévues par l'art. 59 CPC. Elle est donc recevable.

- 2.** Se pose en premier lieu la question de la recevabilité des nouvelles conclusions du demandeur formulées dans sa réplique et lors de l'audience du 11 mai 2026.

2.1 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. En procédure ordinaire, la modification de la demande est régie par les art. 227 et 230 CPC, qui s'appliquent par analogie à la procédure simplifiée (art. 219 CPC ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_395/2017 du 11 octobre 2018 consid. 4.4.1).

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 (Philippe SCHWEIZER in François BOHNET/Jacques HALDY/Nicolas

JEANDIN/Philippe SCHWEIZER/Denis TAPPY, Code de procédure civile commenté, 2011, n. 14, 17 et 18 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).

L'art. 230 al. 1 CPC précise que la demande ne peut être modifiée aux débats principaux que si : les conditions fixées à l'art. 227 al. 1 sont remplies (let. a) et la modification repose sur des faits ou des moyens de preuve nouveaux (let. b). L'art. 227 al. 2 et 3 est applicable (al. 2).

Les faits et moyens de preuve nouveaux mentionnés à l'art. 230 al. 1 let. b CPC sont ceux qui peuvent être admis dans la procédure conformément à l'art. 229 CPC. Lorsque le juge établit les faits d'office, des faits et moyens de preuve nouveaux sont admis sans restriction jusqu'aux délibérations, conformément à l'art. 229 al. 3 CPC ; une modification des conclusions pourra alors se fonder sur un tel fait ou un tel moyen de preuve. La maxime inquisitoire ne prive pas de sens la condition posée par l'art. 230 al. 1 let. b CPC. Quand bien même la modification de la demande n'a pas à reposer sur des *nova* au sens de l'art. 229 al. 1 CPC, l'exigence de la nouveauté demeure. Le demandeur ne saurait ainsi introduire une nouvelle conclusion en se fondant sur les seuls faits allégués précédemment (arrêt du Tribunal fédéral 4A_395/2017 du 11 octobre 2018 consid. 4.4.2 et les références mentionnées).

2.2 En l'espèce, le litige portait initialement sur le paiement de CHF 78'399.72, correspondant aux indemnités journalières pour la période du 1^{er} octobre 2024 au 30 avril 2025, plus intérêts à 5% l'an dès le 15 avril 2024, et le paiement de CHF 369.86 par jour à compter du 1^{er} mai 2025 jusqu'à la fin de l'incapacité de travail pour cause de maladie.

Dans sa réplique du 27 août 2025, le demandeur a ensuite demandé le paiement de CHF 123'903.-, correspondant aux indemnités journalières pour la période du 1^{er} octobre 2024 au 31 août 2025, plus intérêts à 5% l'an dès le 17 mars 2025, et le paiement de CHF 369.86 par jour à compter du 1^{er} septembre 2025 jusqu'à la fin de l'incapacité de travail pour cause de maladie.

Lors de l'audience du 11 mai 2026, le demandeur a substitué à sa conclusion en paiement de CHF 369.86 par jour à compter du 1^{er} septembre 2025 jusqu'à la fin de l'incapacité de travail pour cause de maladie de sa réplique par une conclusion en paiement de CHF 41'324.32, correspondant aux indemnités journalières du 1^{er} mai 2025 au 21 décembre 2025, avec intérêts à 5% l'an dès le 25 août 2025.

Les conclusions formulées par le demandeur dans sa réplique et lors de l'audience du 11 mai 2026, à supposer qu'elles doivent être qualifiées de nouvelles, résultent de la poursuite de l'incapacité de travail totale alléguée dans la demande durant la procédure devant la chambre de céans jusqu'au 21 décembre 2025, de sorte que

qu'elles sont en lien de connexité avec la demande et portent sur des faits nouveaux.

Lesdites conclusions sont partant recevables.

3. Le litige porte sur le droit du demandeur aux indemnités journalières de l'assurance perte de gain maladie pour la période du 1^{er} octobre 2024 au 21 décembre 2025, le demandeur concluant au paiement d'un total d'indemnités journalières de CHF 165'327.32 pour ladite période.
4. Sur le plan matériel, la LCA a fait l'objet d'une révision entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2020 4969 ; RO 2021 357).

4.1 En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

Selon la disposition transitoire relative à cette modification, seules les prescriptions en matière de forme (let. a) et le droit de résiliation au sens des art. 35a et 35b LCA (let. b) s'appliquent aux contrats qui ont été conclus avant l'entrée en vigueur de cette modification. S'agissant des autres dispositions de la LCA, elles s'appliquent uniquement aux nouveaux contrats (Message concernant la révision de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, FF 2017 4812).

4.2 En l'occurrence, le contrat d'assurance a été conclu le 22 décembre 2022, de sorte que les dispositions de la LCA applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

5. **5.1** 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).

Il en résulte que le tribunal établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). Il s'agit donc d'un cas où une disposition spéciale instaure la maxime inquisitoire, en lieu et place de la maxime des débats (ATF 138 III 625 consid.2.1). Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_541/2010 du 16 juillet 2010 consid. 1). 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).

6. 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 ; 130 III 321 consid. 3.1 ; 129 III 18 consid. 2.6 ; 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (ATF 122 III 219 consid. 3c ; 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 ; 119 III 60 consid. 2c ; 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 ; 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).

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 ; 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 ce qui concerne la survenance d'un sinistre assuré, le degré de preuve nécessaire était en principe abaissé à la vraisemblance prépondérante (en lieu et place de la règle générale de la preuve stricte ; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Le défendeur conservait toutefois la possibilité d'apporter des contre-preuves ; il cherchait 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 (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Cependant, dans un arrêt du 31 août 2021, le Tribunal fédéral a modifié cette jurisprudence, en ce sens que l'existence d'un cas d'assurance constitué par une incapacité de travail est désormais soumise au degré de preuve de la preuve stricte (ATF 148 III 105 consid. 3.3.1 *in fine*). Par conséquent, la preuve est apportée lorsque le tribunal, en se fondant sur des éléments objectifs, est convaincu de l'exactitude d'une allégation de fait. Il suffit qu'il n'y ait plus de doutes sérieux quant à l'existence du fait allégué ou que les doutes qui subsistent éventuellement paraissent légers (ATF 148 III 105 consid. 3.3.1).

7. **7.1** 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 lorsqu'une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu (arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2).

Le principe de la libre appréciation des preuves signifie que le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de statuer sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A_253/2007 du 13 novembre 2007 consid. 4.2).

En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions

de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, 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 (arrêts du Tribunal fédéral 4A_218/2023 du 22 juin 2023 consid. 3.1.2 et 4A_424/2019 du 31 octobre 2019 consid. 3.1 et les références citées).

7.2 Aux termes de l'art. 168 al. 1 CPC, les moyens de preuve sont le témoignage (let. a) ; les titres (let. b) ; l'inspection (let. c) ; l'expertise (let. d) ; les renseignements écrits (let. e) ; l'interrogatoire et la déposition de partie (let. f).

Cette énumération est exhaustive. La procédure civile prévoit ainsi un *numerus clausus* des moyens de preuve, sous réserve de l'art. 168 al. 2 CPC relatif au droit de la famille (arrêt du Tribunal fédéral 4A_85/2017 du 4 septembre 2017 consid. 2.1).

La jurisprudence en a déduit qu'une expertise privée n'était pas un moyen de preuve mais une simple allégation de partie (ATF 141 III 433 consid. 2.5.2 et 2.5.3). Lorsqu'une allégation de partie était contestée de manière circonstanciée par la partie adverse, une expertise privée ne suffisait pas à prouver une telle allégation. En tant qu'allégation de partie, une expertise privée pouvait, combinée à des indices dont l'existence était démontrée par des moyens de preuve, amener une preuve. Toutefois, si elle n'était pas corroborée par des indices, elle ne pouvait être considérée comme prouvée en tant qu'allégation contestée (arrêt du Tribunal fédéral 4A_626/2015 du 24 mai 2016 consid. 2.5).

L'assimilation par la jurisprudence d'une expertise privée à une simple allégation de partie a fait l'objet de critiques doctrinales, qui ont conduit le Conseil fédéral à proposer une modification du CPC, prévoyant désormais expressément à l'art. 177 CPC que les expertises privées relèvent de titres (Message du Conseil fédéral relatif à la modification du code de procédure civile suisse, FF 2020 2659). Cette modification a été adoptée par le Parlement le 17 mars 2023, et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2025. L'art. 177 CPC dans sa nouvelle teneur s'applique aux procédures en cours à cette date, en vertu de l'art. 407f CPC.

La révision de l'art. 177 CPC confère ainsi à l'expertise privée un statut clair. Celle-ci n'est plus considérée comme une simple allégation de partie, mais comme un document propre à prouver des faits pertinents. Cela permet une approche centrée sur la force probante de l'expertise privée et la libre appréciation du juge face aux preuves administrées, mais ne modifie en revanche pas le devoir d'allégation et de contestation des parties. L'expertise privée peut certes être prise en compte librement quant à sa force probante, mais suppose toujours le respect

des exigences en matière d'apport des faits (François BOHNET/Frédéric FITZI, L'expertise privée de l'art. 177 CPC révisé in RSPC 4/2023, p. 482 s. et 488).

8. Les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal 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 à la loi fédérale complétant le Code civil suisse du 30 mars 1911 (CO, Code des obligations - 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 ; 122 III 118 consid. 2a ; 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'assurance 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).

9. **9.1** En l'espèce, conformément à la police d'assurance, celle-ci couvre l'ensemble du personnel de l'employeuse pour le risque de la maladie, l'indemnité journalière étant de 90% du salaire assuré pendant 730 jours moins le délai d'attente de 30 jours. La police d'assurance prévoit en outre que les CGA sont applicables.

Selon les CGA, l'assurance verse les indemnités journalières mentionnées dans la police pour les conséquences d'une incapacité de travail due à la maladie (art. B1.1 CGA). Lorsque, sur constatation médicale, la personne assurée est dans l'incapacité de travailler, l'assurance verse l'indemnité journalière pour chaque maladie à l'échéance du délai d'attente convenu, au maximum pendant la durée des prestations indiquée dans la police (art. B9.1 CGA). Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique subie par la personne assurée, qui est principalement imputable à des causes médicales, et qui n'est pas due à un accident, exige un examen ou un traitement médical, provoque une incapacité de travail (art. D1.1 CGA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle, si cette perte résulte d'un accident ou d'une maladie. Après une incapacité de travail de six mois, l'activité raisonnablement exigible peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Dans le cas d'une incapacité de travail ininterrompue d'une durée supérieure à une année (365 jours), seuls sont pris en considération pour déterminer le degré de l'incapacité de travail les effets de l'atteinte à la santé sur l'incapacité de travail qui ne sont pas surmontables d'un point de vue objectif. Pour la constatation de ces effets, un diagnostic reconnu doit avoir été posé et un traitement adéquat appliqué (art. D2 CGA).

9.2 En l'occurrence, le demandeur affirme être demeuré en état d'incapacité totale de travail jusqu'au 21 décembre 2025, tandis que la défenderesse considère qu'il a recouvré une pleine capacité de travail dès le 1^{er} octobre 2024.

À titre préalable, il sera relevé que, s'agissant de la continuation d'un cas d'assurance, le degré de preuve exigé est la preuve stricte. Par ailleurs, le fardeau de la preuve incombe au demandeur, qui allègue la poursuite de son incapacité de travail totale et en déduit son droit à la poursuite du versement des indemnités journalières pour une telle incapacité jusqu'au 21 décembre 2025.

9.2.1 Pour prouver son incapacité de travail du 1^{er} octobre 2024 au 21 décembre 2025, le demandeur se fonde sur les certificats médicaux, d'une part, du Dr C_____ pour les périodes du 1^{er} au 31 octobre 2024 et du 17 novembre au 21 décembre 2025 et, d'autre part, du Dr D_____ pour la période du 1^{er} novembre 2024 au 30 septembre 2025, ainsi que sur la contestation du Dr C_____ du 1^{er} octobre 2024 et le rapport du Dr D_____ du 14 octobre 2024.

Les certificats médicaux susmentionnés attestent d'une incapacité de travail totale du 1^{er} octobre 2024 au 30 septembre 2025, puis du 17 novembre au 21 décembre 2025. Il s'agit cependant de simples attestations, en tant que telles dépourvues de toute motivation, de sorte qu'elle n'emporte pas une grande valeur probante et ne peuvent suffire à prouver l'incapacité de travail attestée.

S'agissant du courrier du Dr C_____, il s'agit d'un courrier de contestation du premier rapport du Dr F_____, du 24 septembre 2024. Il y exprime son désaccord avec la position du Dr F_____ et indique que, selon lui, son patient n'était alors pas capable de reprendre son travail en raison de ses problèmes de santé. Il précise encore que la situation évoluait lentement, qu'il pensait être illusoire de demander une reprise à 100% et qu'une reprise partielle aurait à la rigueur été possible. Il convient de constater que le Dr C_____ est médecin généraliste et non psychiatre. Par ailleurs, son courrier de contestation contient uniquement ses conclusions sur la capacité de travail du demandeur et n'expose ni le diagnostic retenu, ni la motivation dudit diagnostic et de l'incapacité de travail. En outre, au-delà de ces éléments, alors que le recourant se prévaut de ce courrier pour alléguer une incapacité totale de travail, celui-ci tend au contraire à indiquer une capacité partielle de travail.

En ce qui concerne le rapport du Dr D_____, celui-ci s'oppose dans celui-ci aux conclusions du Dr F_____ du 24 septembre 2024 et indique que la reprise du travail n'était pas envisageable du point de vue médical. Il évoque des symptômes en lien avec un épisode dépressif sévère évolutif, un score de dépression sévère selon l'échelle MADRS et un tableau d'épisode dépressif sévère nécessitant des soins. Il relève la présence d'une très grande fatigue et une tension interne importante avec beaucoup de ruminations, d'un sentiment de perte d'espoir et de pessimisme général, de sérieux problèmes de sommeil, d'une diminution de l'appétit, ainsi que des troubles de la concentration et souligne que l'annonce

d'une reprise à 100% constituait probablement un facteur aggravant son état de santé. Certes, cette attestation émane du psychiatre traitant du demandeur, soit d'un spécialiste et non pas d'un généraliste, et est plus motivé que le courrier du Dr C_____. Il en ressort néanmoins que le Dr D_____ n'avait commencé à suivre le demandeur que le 11 octobre 2024, de sorte qu'il n'avait pas une connaissance approfondie de son cas. Il n'expose d'ailleurs pas l'anamnèse. Par ailleurs, la motivation du diagnostic, comme de la capacité de travail, est sommaire, étant relevé, d'une part, que, malgré le caractère très récent du suivi, il s'écarte des conclusions du Dr C_____, qui avait retenu, dans le rapport initial, un trouble de l'adaptation, réaction mixte (F43.22) puis, le 1^{er} octobre 2024, une incapacité totale de travail avec une reprise partielle « à la rigueur possible » et, d'autre part, que les éléments dont il relève la présence sont susceptibles de relever des plaintes du patient ou de ses constatations, sans qu'il ne soit clair à quelle catégorie ils ressortissent.

Au regard de ce qui précède, il doit être retenu que le recourant n'a pas apporté la preuve stricte de son incapacité de travail.

9.2.2 De son côté, la défenderesse nie l'incapacité de travail en se fondant sur l'avis du Dr G_____.

Le rapport du Dr G_____ est un rapport d'expertise privée, qui doit être considéré comme un titre. Il a été rendu en pleine connaissance du dossier, dont il contient un résumé des pièces en début de rapport. Il contient une anamnèse détaillée, expose la journée-type du demandeur et fait échos des plaintes et données subjectives exprimées par le demandeur. Il fait suite à un examen médical, mené le 25 novembre 2024, dont il expose les constatations en détaillant le status clinique. Après avoir exposé tous ces éléments, l'expert a procédé à l'aide de ceux-ci à une analyse complète de la situation médicale du demandeur sur le plan psychiatrique et a abouti à la conclusion d'absence de diagnostic, avec et sans répercussion sur la capacité de travail, en indiquant de manière claire, convaincante et bien motivée pourquoi il aboutissait à une telle conclusion. Ainsi, le rapport du Dr G_____ répond aux critères jurisprudentiels pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante.

En synthèse, ce rapport conclut à l'absence de tout diagnostic psychiatrique, avec ou sans répercussion sur la capacité de travail, et, partant, à l'absence de toute limitation de la capacité de travail. L'expert motive l'absence de diagnostic retenue en indiquant qu'il n'avait pas constaté de signes de décompensation psychique et que son examen n'avait pas mis en évidence de symptômes de la lignée dépressive : l'humeur était neutre ; l'assuré ne pleurait pas et ne se montrait pas émotif ; la tonalité affective n'était pas fixée au pôle dépressif ; l'assuré n'était pas émotionnellement éteint, ne paraissait pas abattu et son image ne dégageait rien de sombre ; l'expressivité émotionnelle était faible, mais l'assuré se décrivait comme quelqu'un de peu expressif à la base ; il n'y avait pas de cognitions

relevant du registre dépressif ; il n'était pas constaté de signes de réduction de l'énergie ni de déficit de la concentration franc.

L'expert a ensuite repris chacune des plaintes de l'assuré pour les confronter à ses constatations. S'agissant de la fatigue, à l'examen, l'assuré ne manquait pas de dynamisme et ne présentait pas de signe de fatigabilité mentale. Au niveau des troubles de la concentration, à l'examen, l'assuré faisait preuve d'une bonne capacité de concentration, écoutait attentivement, n'hésitait pas à intervenir pour apporter des précisions ou de petites corrections, menait une conversation fluide, sans perdre le fil conducteur et sans décrocher, ce qui conduisait à constater une discordance entre le fait que l'assuré parvienne à maintenir « le focus » pendant deux heures et ses allégations de ne pas réussir à regarder un film parce qu'après dix minutes, il ne se souvenait pas ce qu'il s'était passé avant. La sévérité des troubles de la concentration allégués apparaissait également discordante avec la capacité préservée de conduire la voiture. Par rapport aux troubles de la mémoire, à l'examen, un tel symptôme n'était pas constaté. La mémoire épisodique était préservée et l'assuré parvenait à restituer son parcours de vie, ainsi que celle des événements récents liés à son arrêt. À la fin de l'examen, il se souvenait de la question posée au début. Il y avait une discordance entre les troubles de la mémoire allégués, troubles qui seraient tellement marqués qu'il oublierait par exemple d'acheter la moitié des produits en faisant les courses et les constatations lors de l'examen. S'agissant de la tristesse et des pleurs, à l'examen, il n'était pas constaté de signe de tristesse, l'assuré ne pleurait pas et n'était pas émotif et c'était l'inquiétude qui était palpable, non pas la tristesse. Au niveau de la difficulté à gérer ses émotions, à l'examen, l'assuré contenait ses émotions. Il n'y avait pas d'incontinence affective, l'assuré n'était pas émotif et il n'y avait pas d'éclats de colère. Aucun signe de débordement émotionnel n'était constaté. En ce qui concernait l'envie de ne rien faire, c'était un symptôme déclaratif. La description par l'assuré de sa journée-type permettait de pondérer ce manque d'envie allégué. Il gardait un intérêt au moins pour une partie de ses activités. Il avait désinvesti certaines activités, le sport, mais nettement antérieurement à la date de la décompensation alléguée. Il semblait que la raison principale de la diminution globale de l'activité soit la sensation de fatigue. En relation avec le manque de confiance en soi, un tel symptôme n'était pas constaté à l'examen. L'assuré s'exprimait de façon normale, ne paraissait pas effacé ni excessivement timide. Rien dans sa posture, sa manière d'être ne trahissait un manque de confiance en soi. Il exprimait son désaccord avec le précédent évaluateur. Par rapport à la perturbation du sommeil, il s'agissait d'un symptôme qui ne pouvait pas directement être apprécié à un examen clinique de base, mais dont l'expert ne constatait pas de signe indirect. Les troubles intestinaux constituaient un symptôme physique possiblement attribuable au traitement psychotrope. Finalement, en ce qui concernait le stress et le sentiment d'injustice engendrés par le licenciement, l'appréhension par rapport à la suite de sa carrière professionnelle et par rapport à la précarité financière, ces sentiments ne relevaient pas de la

psychopathologie. La réaction émotionnelle de l'assuré à son licenciement ne paraissait pas largement démesurée par rapport au contexte et ne pouvait pas être considérée comme un signe d'une maladie psychique.

S'agissant de la capacité de travail, l'expert a retenu qu'un diagnostic était la condition *sine qua non* pour pouvoir parler de limitations fonctionnelles et d'une diminution de la capacité de travail, de sorte que, du point de vue psychiatrique, la capacité de travail du demandeur n'était pas limitée. L'expert a précisé s'être, dans son appréciation de la capacité de travail, limité aux aspects psychiatriques et n'avoir pas pris en considération des facteurs médicaux, tels que la surcharge de travail alléguée, le fait que l'assuré ait été licencié, le caractère prétendument injuste de ce licenciement, la situation financière de l'assuré, facteurs qui n'avaient pas d'impact sur la capacité de travail d'un point de vue médico-asséculologique. Ce dernier point, critiqué par le demandeur, est à mettre en lien avec l'appréciation de l'expert exposée ci-dessus par rapport au stress et au sentiment d'injustice liés à son licenciement et à sa précarité financière, encore explicitée ultérieurement dans le rapport d'expertise : l'expert ne remettait pas en question le fait qu'un licenciement et une précarité financière puissent être une source de souffrance, mais cette souffrance ne devait pas être « psychiatisée », l'expert ne remettant pas en cause les présences des émotions négatives, par moments palpables à son examen, mais leur caractère morbide, les émotions négatives faisant partie du spectre des émotions normales d'un être humain et leur apparition face aux aléas de la vie n'étant pas un signe pathognomonique d'un trouble de l'adaptation, diagnostic devant être réservé à des réactions émotionnelles largement démesurées.

9.2.3 Le demandeur invoque que cette expertise serait contradictoire avec les avis des Drs C_____, D_____ et F_____.

Néanmoins, l'expert a expliqué pourquoi il s'écarterait des conclusions de chacun de ces médecins.

En effet, s'agissant du rapport du Dr C_____ du 20 juin 2024, l'expert a expliqué qu'il n'apportait aucune description sémiologique, ce qui apparaît exact au regard dudit rapport, lequel n'est pas motivé.

En relation avec le rapport du Dr F_____ du 24 septembre 2024, l'expert a relevé que celui-ci y décrivait un status psychiatrique sans particularité, la description sémiologique étant donc globalement concordante avec ses propres constatations, ce qui ressort effectivement dudit rapport.

En effet, quant aux résultats pathologiques objectifs lors de l'examen, le Dr F_____ a indiqué que l'assuré s'était présenté seul et à l'heure, avec une tenue et une hygiène correctes. Son activité psychomotrice était normale, sans trouble de la vigilance ni signes de fatigabilité. Sa démarche était fluide et vive, ses gestes et mimiques appropriés, son contact visuel bon. Le volume et la modulation de sa voix étaient adaptés. Il était bien orienté dans le temps et

l'espace, et clair quant à l'objet de l'entretien. Sa concentration était constante, sans hésitation dans le discours, ni digression, ni perte du fil de la conversation ou distractibilité face à des stimuli externes. Ses capacités de compréhension et de réflexion étaient normales et il montrait une gamme d'expressions émotionnelles préservées. S'agissant des symptômes dépressifs, lors de l'entretien, l'humeur était neutre, sans sentiment de vide ou de désespoir. Il n'y avait pas d'anhédonie marquée. Il mentionnait prendre plaisir à passer du temps avec son fils, à bricoler, jardiner chez lui, chez ses parents ou à sa résidence en France voisine ainsi qu'à nettoyer sa moto ou sa voiture, et à pratiquer des activités physiques en général. Par rapport aux symptômes anxieux, l'assuré n'exprimait pas de nervosité ou de tension permanente, ni de difficulté à se détendre ou de sensation d'être constamment tendu. Il n'y avait pas de tension musculaire, de douleurs musculaires sans activité physique explicative, de battements de cœur rapides ou irréguliers, d'hyperventilation, d'essoufflement, de transpiration excessive, de tremblements fins, de vertiges ou sensations proches de l'évanouissement.

Malgré cette description sémiologique concordante, le Dr F_____ a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, suivant en cela le Dr C_____ dans son rapport initial.

Or, l'expert a expliqué de manière détaillée pourquoi ce diagnostic ne pouvait pas être retenu. Le critère A (survenue de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables dans les trois mois suivant l'exposition au stress) pourrait être admis, non pas en lien avec l'arrêt initial – qui faisait non pas suite à un facteur de stress identifiable, mais à un épuisement progressif en lien avec une surcharge de travail –, mais en lien avec le licenciement annoncé en octobre 2024. Cependant, le critère B (symptômes ou comportements cliniquement significatifs) ne l'était pas. Il n'y avait pas de détresse marquée hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress, compte tenu du contexte externe et des facteurs culturels pouvant influencer la gravité des symptômes, l'expert n'ayant pas constaté à l'examen de perturbations émotionnelles ni comportementales significatives. Il n'y avait pas non plus d'altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, le fonctionnement quotidien de l'assuré n'étant pas perturbé de manière significative. En l'absence de réalisation du critère B, le diagnostic ne pouvait donc être retenu.

Il convient ici de relever que l'expert n'a pas abordé le contenu du second rapport du Dr F_____, à juste titre puisque celui-ci ne contenait pas d'évaluation médicale du demandeur, que le Dr F_____ n'avait pas reçu une seconde fois en consultation, mais se limitait à constater que les observations cliniques du Dr D_____ s'écartaient des siennes et préconisait une nouvelle évaluation médicale. Sur ce point, il convient de relever que, contrairement à ce qu'affirme le demandeur, le Dr F_____ n'a pas changé d'avis dans ce second rapport, ni n'a

rejoint l'appréciation des médecins traitants du demandeur, puisqu'il ne procède précisément à aucune appréciation médicale et se contente de recommander la prudence en maintenant l'arrêt de travail et d'instruire le dossier eu égard aux observations du psychiatre traitant.

Finalement, s'agissant du rapport du Dr D_____, l'expert a repris chaque symptôme évoqué par celui-ci, qui ne correspondait pas à ses constatations lors de l'examen, sous réserve de la perte pondérale, dont l'assuré l'avait informé, et a noté que le Dr D_____ ne faisait pas une distinction claire entre les constats médicaux et les plaintes subjectives, certains éléments évoqués constituant une restitution des plaintes subjectives et d'autres pouvant se référer aussi bien aux plaintes subjectives qu'aux éléments perçus par le médecin.

L'expert a ensuite expliqué de manière précise pourquoi il ne retenait pas le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé, équivalent du DSM-5 de l'épisode dépressif sévère retenu par le Dr D_____. Parmi les neuf symptômes dont au moins cinq devaient être remplis pour que le critère A du diagnostic d'épisode dépressif caractérisé soit réalisé, seul le troisième, perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours, était rempli, l'assuré relatant une diminution de l'appétit et une perte pondérale significative. Les huit autres ne l'étaient pas, soit ceux de 1) l'humeur dépressive présente quasiment toute la journée, quasiment tous les jours (son humeur était neutre ; la tonalité n'était pas fixée au pôle dépressif ; il ne pleurait pas et ne se montrait pas émotif ; aucun signe de tristesse n'était constaté ; parmi les émotions négatives, c'était l'inquiétude et le sentiment d'injustice qui prédominaient, non pas la tristesse), 2) la diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités et quasiment toute la journée, presque tous les jours (l'assuré gardait un intérêt pour au moins une partie de ses activités habituelles et on ne pouvait pas parler d'anhédonie ni d'aboulie ; l'assuré avait désinvesti certaines activités, mais principalement en raison de la fatigue et bien avant la décompensation alléguée ; la baisse de libido était également nettement antérieure à la décompensation alléguée), 4) l'insomnie ou l'hypersomnie presque tous les jours (il s'agissait d'un symptôme qui ne pouvait pas être directement apprécié à un examen clinique de base, mais dont l'expert ne constatait pas de signes indirects ; les troubles étaient nettement antérieurs à la décompensation alléguée ; l'origine psychiatrique de ces perturbations paraissait peu probable), 5) l'agitation ou le ralentissement psychomoteur presque tous les jours (l'assuré ne présentait pas de perturbations sur le plan psychomoteur), 6) la fatigue ou la perte d'énergie presque tous les jours (la fatigue était la plainte principale de l'assuré ; elle était nettement antérieure à la décompensation alléguée et l'expert n'y voyait pas d'explication psychiatrique ; les pistes somatiques étaient plus probables), 7) le sentiment de dévalorisation ou de culpabilisation excessive ou inappropriée (l'assuré n'en présentait pas), 8) la diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou de l'indécision presque

tous les jours (l'expert ne constatait pas de tels symptômes et les plaintes de l'assuré sur ce point étaient discordantes avec ses constatations), 9) des pensées de mort récurrentes, des idées suicidaires récurrentes, une tentative de suicide (l'assuré ne verbalisait pas de telles idées). Le critère A n'était donc pas réalisé et le diagnostic ne devait pas être retenu.

Au surplus, il ressort du dossier que le demandeur a été suivi initialement par son généraliste à raison d'une fois par mois, puis également depuis le mois de juin 2024 par une psychologue aussi une fois par mois, pour ensuite être suivi à raison de deux fois par mois par son psychiatre au moment de l'expertise, toujours en plus de la consultation mensuelle chez son généraliste. Si, lors de l'expertise du Dr G_____, un traitement psychotrope avait été mis en place, ces éléments dénotent une prise en charge qui ne peut être qualifiée d'intensive. Par ailleurs, il ressort de la description de sa journée-type que le demandeur fait sa toilette, regarde la télévision (séries policières, matchs de hockey sur glace), se prépare son repas, assume les tâches ménagères, fait les courses, s'occupe des tâches administratives (même s'il s'est trompé une fois dans un paiement), s'occupe du jardin, voit régulièrement sa compagne, voit son fils deux fois par mois, voit ses parents, chez qui il habite lorsqu'il n'est pas dans sa maison en France voisine. Si, lors de son interrogatoire, le demandeur a indiqué n'avoir rien envie de faire la journée, ces éléments concordent avec le contenu du premier rapport du Dr F_____, qui a mentionné que l'assuré prenait du plaisir à passer du temps avec son fils, à bricoler, à jardiner chez lui, chez ses parents ou à sa résidence en France voisine, à nettoyer sa moto ou sa voiture et à pratiquer des activités physiques en général. L'absence de prise en charge intensive et la journée-type du demandeur sont autant d'éléments qui confirment les conclusions d'absence d'incapacité de travail de l'expert. Il sera sur ce point encore relevé que le demandeur ne s'est pas annoncé à l'assurance-invalidité, ce qui rentre en contradiction avec l'allégation selon laquelle il était, jusqu'au 21 décembre 2025, et se sent encore aujourd'hui, totalement incapable de travailler.

9.2.4 Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, l'expertise revêt pleine valeur probante, de sorte que la pleine capacité de travail du demandeur dès le 1^{er} octobre 2024 est établie. Capable de travailler à 100% dès le 1^{er} octobre 2024, le demandeur n'a donc pas droit aux indemnités journalières de cette date jusqu'au 21 décembre 2025.

9.3 Au vu de ce qui précède, la chambre de céans disposait de tous les éléments nécessaires pour statuer sur le droit éventuel du demandeur aux indemnités journalières, et il était superflu, par appréciation anticipée des preuves, de procéder à l'audition des Drs C_____, D_____, F_____ et G_____ – dont les rapports et contestations écrits figuraient déjà au dossier et en relation avec lesquels le demandeur n'alléguait pas de faits sortant desdites pièces –, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, comme l'a retenu la chambre de céans dans son ordonnance du 13 mai 2026.

- 10.** Dans ces circonstances, la défenderesse était fondée à refuser d'octroyer des indemnités journalières au demandeur au-delà du 30 septembre 2024 et la demande, mal fondée, sera rejetée.
- 11.** Bien qu'obtenant gain de cause, la défenderesse n'a pas droit à des dépens (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. 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

La présidente

Nathalie KOMAIKI

Justine BALZLI

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