RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1487/2021 **ATAS/570/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 juin 2022

8ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ARCHAMPS, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET	demandeur
contre	
MUTUEL ASSURANCES SA, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY	défenderesse

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente suppléante; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né le _____en 1967, était employé en tant que chef comptable chez B_____ (ci-après : l'employeur) depuis le 1er novembre 2016. À ce titre, il était assuré auprès de Mutuel Assurances SA (ci-après : l'assurance perte de gain) dans le cadre d'une assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie de l'employeur.

2. Le 27 juin 2018, le contrat de travail de l'assuré a été résilié. Suite à une incapacité de travail attestée à partir du 28 août 2018, le licenciement a pris effet le 28 février 2019.

3. L'assurance perte de gain a versé les indemnités journalières contractuelles pour cette incapacité de travail.

4. Selon le rapport du 22 novembre 2018 du docteur C_____, neurologue FMH, l'électroneuromyogramme (ci-après : ENMG) montrait des signes en faveur d'une radiculopathie lombaire sans signes de dénervation.

5. Dans son rapport du 21 décembre 2018, la doctoresse D_____, médecin aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a posé le diagnostic de hernie discale L5-S1 droite. L'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) mettait en évidence une discopathie avec une ostéochondrose de L5-S1 et une dégénérescence à ce niveau, ainsi qu'une hernie médiale et paramédiane droite L5-S1 en contact avec la racine S1 droite. Au vu de la bonne évolution clinique sous traitement conservateur, une indication chirurgicale n'était pas réalisée. Cette médecin a conseillé à l'assuré une adaptation de l'antalgie et des séances de physiothérapie, ainsi qu'un retour à une vie plus active.

6. Le 25 mars 2019, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a attesté une incapacité de travail du 28 août 2018 au 31 mars 2019 à 100% et une capacité de travail totale dès cette date, sur la base d'une consultation en date du 5 mars 2019. L'arrêt de travail était motivé par des lombalgies avec difficulté de rester dans la même position de façon prolongée, surtout assise.

7. Par courriel du 1er avril 2019, l'assuré a demandé à l'assurance perte de gain si elle avait reçu le certificat d'arrêt de travail pour mars 2019.

8. Par courriel du 9 avril 2019, l'assuré a demandé à l'assurance perte de gain comment elle avait calculé les indemnités journalières.

9. Le 17 mai 2019, la Dresse E_____ a établi un certificat d'arrêt de travail à 100% pour avril et mai 2019.

10. Le 20 mai 2019, l'assuré a transmis ce certificat à l'assurance perte de gain, en indiquant dans son courriel de la même date que "Des circonstances indépendantes de ma volonté m'ont empêcher (sic) de vous envoyer ce certificat avant ce jour". Par courriel du 21 mai 2019, il lui a indiqué, quant à ces circonstances, "Rien de grave, juste un malentendu avec le secrétariat du Groupe médical de Versoix".

11. Convoqué le 28 mai 2019 par l'assurance perte de gain à un examen médical par le docteur F_____, spécialiste en médecine interne FMH, en date du 24 juin 2019 à midi à Yverdon-Les-Bains, l'assuré ne s'y est pas présenté et s'en est excusé par courriel de la même date envoyé à 12h12, en alléguant qu'il n'avait pas pu prendre le train pour des raisons médicales et en précisant qu'il avait commencé un nouveau traitement la semaine passée. Il a joint par ailleurs le certificat d'arrêt de travail pour le mois de juin et a demandé à ce qu'un médecin-conseil plus proche de Genève soit choisi.

12. Par courriel du 24 juin 2019, l'assurance perte de gain a exigé un certificat médical détaillé justifiant l'incapacité de l'assuré de se rendre à la convocation du même jour, et lui a fixé un nouveau rendez-vous avec le Dr F_____ pour le 26 suivant à midi. Par courriel du même jour, l'assuré a invité l'assurance à lui fixer un rendez-vous plus tard dans la journée, l'horaire ne lui convenant pas, et l'a avertie qu'il ne pourrait se rendre au rendez-vous fixé, si elle le maintenait.

13. L'assurance perte de gain lui a répondu le 25 juin 2019 qu'à défaut d'un motif valable, il était tenu de se présenter au rendez-vous du lendemain et que celui-ci était maintenu. En cas d'absence non-justifiée, les prestations lui seront refusées dès le 1er avril 2019. Son droit aux prestations pourrait toutefois être réévalué dès le jour de l'examen, si l'assuré se décidait de se présenter à une autre convocation.

14. L'assuré ne s'est pas présenté au rendez-vous du 26 juin 2019 et a fait savoir à l'assurance perte de gain le soir du même jour qu'il avait déjà un rendez-vous chez son médecin à 15h ce même jour. Celui-ci préparera un certificat médical pour expliquer son incapacité de se rendre à l'examen médical. Il ne pensait par ailleurs pas être apte à se rendre à Yverdon, dès lors qu'il avait débuté un nouveau traitement médical le 24 juin, lequel avait d'importants effets secondaires pendant deux semaines environ.

15. Le 27 juin 2019, l'assurance perte de gain a informé l'assuré que l'examen médical prévu à Yverdon prévalait sur la consultation prévue à 15h chez son médecin et l'a invité à lui communiquer les coordonnées de celui-ci. En attendant, les prestations étaient suspendues depuis le 1er avril 2019.

16. Par courrier du 26 juin 2019, le Dr F_____ a informé le médecin-conseil de l'assurance perte de gain qu'après étude du dossier médical et entretiens avec la Dresse E_____, le premier arrêt de travail était justifié par une lombosciatalgie S1 droite qui avait répondu favorablement à une infiltration effectuée le 19 novembre 2018. Cependant, aucune affection médicale ne semblait susceptible de justifier un arrêt de travail même partiel depuis le 1er avril 2019 dans l'emploi léger pratiqué. Par ailleurs, le 26 juin 2019, la secrétaire de cette médecin avait informé le Dr F_____ que celle-ci était absente et que l'assuré n'avait pas rendez-vous chez elle dans l'après-midi de ce jour, mais la semaine prochaine.

17. Le 1er juillet 2019, la doctoresse G_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré depuis le 19 juin 2019 pour une durée indéterminée.

18. Le 8 juillet 2019, la Dresse E_____ a attesté une incapacité de travail jusqu'à fin juin 2019 en raison de lombalgies et d'un état dépressif, tout en précisant que la capacité de travail devrait être évaluée par le psychiatre.

19. Par courrier du 18 juillet 2019, le docteur H_____, médecin-conseil de l'assurance perte de gain, a de nouveau demandé l'intervention du Dr F_____, en faisant état d'un entretien du même jour avec la Dresse G_____, au cours duquel celle-ci lui avait déclaré que l'assuré souffrait d'un deuil pathologique suite au décès de son père et à un conflit successoral. Cette situation avait entraîné des troubles de la concentration et son licenciement. La psychiatre voyait l'assuré une fois par semaine et avait instauré un traitement antidépresseur. Une évaluation devrait être faite fin août. L'assuré avait par ailleurs indiqué à sa psychiatre qu'il n'avait pas pu aller aux rendez-vous du Dr F_____ car il n'arrivait pas à se lever le matin. Le médecin-conseil s'en était étonné dès lors que les examens avaient été prévus à midi.

20. Le 27 août 2019, la Dresse G_____ a certifié une capacité de travail à 100% à partir du 1er septembre 2019.

21. Le 4 octobre 2019, l'assuré a été soumis à une expertise par le docteur I_____, psychiatre-psychothérapeute FMH. Cet expert a conclu qu'une incapacité de travail pour des raisons psychiatriques dès le 1er avril 2019 n'était que possible.

22. Dans son avis médical du 14 octobre 2019, le docteur J_____, médecin-conseil de l'assurance perte de gain, a considéré, sur la base de l'expertise du Dr I_____ et des rapports des Drs E_____ et F_____, que l'incapacité de travail de l'assuré n'était pas hautement vraisemblable et que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dès le 1er avril 2019.

23. Le 30 octobre 2019, l'assuré a fait l'objet d'une expertise par le docteur K_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie FMH. Selon cet expert, rien ne permettait d'attester une incapacité de travail à cause de cette affection dès le 1er avril 2019. L'expert estimait dès lors que la capacité de travail en tant que comptable était complète à cette époque.

24. Par courrier du 25 novembre 2019, l'assurance perte de gain a refusé à l'assuré les indemnités journalières dès le 1er avril 2019. Après avoir exposé avoir renoncé à la clôture du dossier, malgré le manque de collaboration, elle a relevé que, selon son médecin-conseil, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dès cette date, dès lors que les experts n'avaient pas mis en évidence des éléments significatifs justifiant une incapacité de travail.

25. Dans son rapport du 16 mai 2020 au conseil de l'assuré, la Dresse G_____, a attesté qu'elle suivait ce dernier depuis le 19 juin 2019 et que sa capacité de travail était nulle jusqu'au 31 août 2019.

26. Dans son rapport du 22 mai 2020 au conseil de l'assuré, la Dresse E_____ a conclu, sur la base de l'anamnèse, que la reprise du travail n'avait pas été possible en avril 2019 en raison d'une récidive de lombalgies et d'un état dépressif.

27. Après avoir contesté le refus de prester de l'assurance perte de gain, l'assuré l'a sommée le 18 novembre 2020, par l'intermédiaire de son conseil, de verser les indemnités journalières pour la période d'avril à août 2019, tout en lui transmettant les rapports des 16 et 22 mai 2020 de la Dresse G_____ respectivement de la Dresse E_____.

28. Le dossier a été soumis à l'appréciation du médecin-conseil de l'assurance perte de gain, le docteur L_____, spécialiste en médecine du travail et médecine générale. Dans son rapport du 24 novembre 2020, ce médecin a jugé le rapport de la Dresse G_____ du 16 mai 2020 comme non crédible. Les non présentations aux convocations chez le Dr F_____ relevaient d'un défaut de collaboration, permettant d'annuler toute prestation sur le plan juridique, d'autant plus que les excuses étaient cousues de fil blanc. Rien n'indiquait sur le plan somatique que l'assuré ne pouvait s'y rendre, alors qu'il était en mesure de conduire, avait fait un déménagement en mars 2019 et de la voile, selon l'expertise du Dr K_____. Par courrier du 26 novembre 2020, l'assurance perte de gain a maintenu sa position.

29. Par courrier du 17 mars 2021, l'assurance perte de gain a accepté de renoncer à se prévaloir de la prescription à l'égard de l'assuré jusqu'au 31 mars 2022, pour autant qu'elle ne fût pas acquise et sans reconnaissance de responsabilité.

30. Par demande du 30 avril 2021, l'assuré a saisi la chambre de céans d'une demande en paiement à l'encontre de l'assurance perte de gain, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à sa condamnation au paiement de CHF 40'372.- avec intérêt à 5% l'an dès le 25 novembre 2019 et de CHF 2'530.50 avec intérêt à 5% dès le 16 novembre 2020, sous suite de dépens. Préalablement, il a demandé, notamment, la mise en œuvre d'une expertise médicale pour évaluer sa capacité de travail entre le 1er avril et le 31 août 2019. Il a allégué avoir développé un état dépressif à partir de février-mars 2018 suite au décès de son père en janvier 2018 par suicide assisté et le conflit successoral subséquent. Cette atteinte avait conduit à son licenciement en juin 2018. À cela s'était ajouté une lombosciatique. Ne connaissant pas son état dépressif, la Dresse E_____ avait envisagé une reprise de travail dès le 1er mars 2019, ce qu'il n'avait pas été en mesure de faire. En raison de sa dépression, il n'avait par ailleurs plus donné de nouvelles à sa médecin traitante pendant deux mois et demi, si bien que ce n'était qu'à la consultation du 17 mai 2019 que celle-ci avait constaté une récidive des lombalgies et un état dépressif l'empêchant de reprendre le travail depuis avril 2019. Elle l'avait alors

adressé à un premier psychiatre qui s'était déclaré incompétent pour l'aider et l'avait référé à la Dresse G_____. Il n'avait retrouvé une pleine capacité de travail que le 1er septembre 2019. Le Dr I_____ avait à cet égard admis que son état psychique était compatible avec une symptomatologie dépressive entraînant une capacité de travail diminuée et n'excluait donc pas une incapacité de travail durant la période litigieuse. Il n'en demeurait pas moins que ses médecins avaient certifié une incapacité de travail pendant celle-ci, en particulier un état de souffrance psychique proche d'un effondrement. Ainsi, les indemnités journalières de CHF 40'373.- étaient dues durant la période litigieuse. Par ailleurs, il avait dû engager des frais pour la consultation d'un avocat avant le procès de CHF 2'692.50, dans le but d'éviter une procédure judiciaire. Ces frais n'étaient pas couverts par les dépens judiciaires, raison pour laquelle ils devaient être pris en charge par la défenderesse à titre de dommages-intérêts.

31. Dans sa réponse du 2 juillet 2021, la défenderesse a conclu au rejet de la demande. Le demandeur n'avait pas respecté l'obligation d'avertir immédiatement l'assureur de tout changement de sa situation susceptible d'influencer son droit aux prestations, en lui remettant le certificat d'arrêt de travail du 17 mai 2019 seulement un mois et 19 jours après la nouvelle période d'incapacité de travail. Il n'avait donné qu'un début d'explication pour ce retard. Quoi qu'il en soit, un malentendu avec le secrétariat du cabinet médical ne permettait pas de le justifier. Il n'avait pas non plus d'excuses valables pour la non présentation aux convocations chez le Dr F_____ en juin 2019. De ce seul fait, le refus des prestations était fondé. Quant aux rapports des Dresses E_____ et G_____, il fallait accorder plus de poids aux expertises qu'aux appréciations des médecins traitants selon la jurisprudence. En ce qui concerne les rapports établis en 2020 par celles-ci, ils n'avaient aucune valeur probante du fait qu'ils avaient été établis pour les besoins de la cause. Divers éléments contradictoires démontraient de surcroît que la Dresse E_____ était prise dans un conflit de loyauté. Le diagnostic d'état dépressif moyen de la Dresse G_____ avait en outre été rejeté par le Dr I_____, dont l'expertise revêtait une pleine valeur probante. Cet expert n'avait au demeurant constaté aucune atteinte psychiatrique au moment de son examen. Quant à l'incapacité de travail alléguée dès le 1er avril 2019, elle n'était que possible, selon l'expert psychiatre. À cet égard, celui-ci avait écarté le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne, la symptomatologie décrite étant insuffisante. Les médecins-conseils de la défenderesse avaient enfin validé les conclusions des expertises.

32. Dans sa réplique du 26 août 2021, le demandeur a maintenu ses conclusions. À titre préalable, il a requis l'audition de la Dresse G_____. Il a précisé que la consultation du 26 juin 2019 avait eu lieu chez sa psychiatre et non chez la Dresse E_____. Il a par ailleurs contesté les propos de la Dresse E_____ rapportés par le Dr F_____, selon lesquels il aurait souffert d'un état dépressif léger. L'absence au rendez-vous du 24 juin 2019 était due aux effets secondaires liés à l'introduction d'un nouveau traitement médicamenteux et celle au rendez-vous du 26 juin à une

collision de rendez-vous. Il éprouvait à l'époque des difficultés à se lever le matin et à démarrer la journée en raison de sa dépression et du traitement médicamenteux. Par la suite, la défenderesse avait omis de l'examiner jusqu'en octobre 2019. Elle avait en outre renoncé expressément à clôturer le dossier au motif d'une collaboration déficiente et avait motivé son refus de prester uniquement par le manque de la preuve d'une incapacité de travail durant la période litigieuse. La défenderesse ne pouvait revenir sur cette décision sans violer le principe de la protection de la bonne foi. Le refus de prester à cause de la simple présentation tardive d'un certificat médical devrait également être qualifié de formalisme excessif et disproportionné. À cet égard, les conditions générales d'assurance (ci-après: CGA) prévoyaient que lorsqu'une incapacité de travail n'était pas annoncée dans les 15 jours suivant sa survenance, le jour où l'assureur a pris connaissance de l'incapacité de travail est réputé comme premier jour d'incapacité. Quoi qu'il en soit, sa psychiatre avait attesté qu'il avait manqué les rendez-vous à cause de la symptomatologie dépressive. Concernant les expertises réalisées, celles-ci constituaient une simple allégation de partie, selon la jurisprudence. De telles expertises ne pouvaient avoir une valeur probante que si leurs conclusions étaient étayées par des indices objectifs. Quant aux rapports des médecins-conseil de la défenderesse, ils n'avaient aucune force probante, dès lors qu'ils ne faisaient que reprendre les conclusions des autres médecins mandatés par la défenderesse et n'étaient pas spécialistes en psychiatrie. Enfin, ils n'avaient pas examiné le demandeur et étaient en contradiction avec les autres pièces médicales.

33. Dans sa duplique du 14 septembre 2021, la défenderesse a persisté dans ses conclusions. Elle a admis que le manque de collaboration n'était pas la cause de sa position. Cet élément devait néanmoins être pris en considération dans l'appréciation du comportement du demandeur et de ses atteintes. Celui-ci avait consulté en outre la Dresse G_____ seulement le 19 juin 2019, alors que la Dresse E_____ avait indiqué qu'il avait consulté un psychiatre fin avril déjà. L'audition de la psychiatre traitante n'était cependant pas nécessaire, ses propos étant clairs et les faits déjà établis par deux expertises ayant valeur probante. La défenderesse a par ailleurs contesté que les effets secondaires des traitements médicamenteux aient pu empêcher le demandeur de venir aux rendez-vous avec le Dr F_____. Pour le surplus, la défenderesse a repris ses arguments précédents.

34. Par écritures spontanées du 27 septembre 2021, le demandeur a pris acte de ce que la défenderesse ne se prévalait plus de son manque de collaboration pour le refus de prester, tout en affirmant qu'il n'avait pas cherché à éviter ou à repousser son examen par un médecin de la défenderesse. La somnolence était bel et bien mentionnée dans le compendium de son traitement comme effet secondaire. Ajoutés aux symptômes de la dépression, les effets secondaires l'avaient empêché de se rendre aux rendez-vous en cause. Pour le surplus, il a repris son argumentation antérieure.

35. Lors de son audition en date du 18 mars 2022, le demandeur a déclaré ce qui suit :

"Suite au décès de mon père et aux problèmes successoraux qui ont suivi, j'étais devenu très irritable et je ne dormais presque plus. Mes problèmes personnels ont débordé sur le travail. J'arrivais régulièrement trop tard à mon travail et j'avais aussi des absences injustifiées. Je n'arrivais plus à gérer mon équipe de cinq personnes. De ce fait, je comprenais tout à fait que j'ai été licencié en 2018 par mon employeur.

En principe j'avais un rendez-vous chez la Dre E_____ tous les mois et elle me faisait des certificats d'arrêt de travail de mois en mois. Lorsqu'elle a informé l'assurance que j'étais apte à travailler à partir du 1er avril, elle ne m'en avait pas informé. Je ne savais donc pas que j'étais censé chercher du travail à partir du 1er avril et m'inscrire au chômage.

Fin mars, j'étais obligé de déménager des affaires d'un box qu'on m'avait prêté. Je n'avais pas le choix et devait libérer ce box. A la suite de cet effort, mon dos s'est de nouveau bloqué, comme d'habitude. J'avais toutefois encore un stock d'anti-inflammatoires et notamment de Tramal à la maison, raison pour laquelle il n'était pas indispensable que je consulte immédiatement ma médecin-traitante. Lors de ces épisodes, je me soigne en restant couché et en prenant des antidouleurs et des anti-inflammatoires.

De temps en temps, je fais des infiltrations, mais on ne peut pas en faire à chaque épisode de blocage. Lorsque j'ai consulté la Dresse E_____ le 17 mai 2019, elle m'a examiné (tests de sensibilité des extrémités et notamment du nerf sciatique) et a tout de suite constaté que le nerf était enflammé, si bien qu'elle m'a fait un certificat d'arrêt de travail pour avril et mai 2019.

Je n'ai pas d'explications à la question de savoir pourquoi je n'ai pas consulté ma médecin en avril. C'est un trou noir. Je n'avais plus la notion du temps et j'avais l'impression de l'avoir consulté hier.

Lors de la consultation en mai 2019, ma médecin et moi nous nous sommes rendus compte que je n'avais pas seulement des problèmes au niveau physique, mais également au niveau psychique. Je lui ai parlé de mes angoisses et insomnies. Elle m'a alors donné une liste avec des noms de psychiatres et j'ai pu obtenir un premier rendez-vous fin mai 2019. Toutefois, la première psychiatre que j'avais consultée avait considéré qu'elle n'était pas suffisamment expérimentée et m'a conseillé de voir quelqu'un d'autre. C'est alors que j'ai obtenu un rendez-vous en juin chez la Dresse G_____.

Dans mon courriel du 20 mai 2019, j'aurais pu être plus explicite, mais je ne voyais pas la nécessité. Je n'avais en tout cas pas la volonté de cacher les choses.

La veille du premier rendez-vous chez le Dr F_____, soit le 23 juin 2019, j'avais commencé le traitement antidépresseur. Le matin du 24 juin, je présentais passablement d'effets secondaires (nausées, vertiges) et voyais que je n'étais pas en état de prendre le train.

Pour le deuxième rendez-vous, j'étais effectivement un peu irrité qu'il avait été fixé pour le surlendemain, alors que j'avais commencé le traitement et que je n'étais pas bien. Par ailleurs, j'avais le jour même un rendez-vous chez ma psychiatre à 15h. J'ai tout de suite averti l'assurance que je ne viendrai pas de ce fait et j'avais donné mes disponibilités.

Je n'ai pas d'assurance de protection juridique.

Avant octobre 2019, je n'ai plus rien entendu de l'assurance.

Je me suis inscrit à l'Hospice général en juin 2019, dès lors que j'étais sans ressources, ne pouvant bénéficier des indemnités de chômage en étant malade.

J'ai vécu le fait de demander l'aide sociale assez mal.

La mort de mon père a eu pour conséquence que je suis aujourd'hui coupé de ma mère et de mes deux sœurs et donc de toute ma famille. Je me sens très seul.

J'étais en traitement chez la Dresse G_____ pendant plus d'une année et j'ai pris aussi des antidépresseurs pendant cette durée."

36. En réponse au refus de la chambre de céans d'entendre le Dr I_____ en tant que témoin, au motif qu'il n'a pas examiné le demandeur durant la période litigieuse, la défenderesse a relevé, par écriture du 1er avril 2022, que la Dresse G_____ ne l'avait vu que le 19 juin 2019 et la Dresse E_____ le 17 mai 2019. Partant, ces médecins ne pouvaient pas non plus se prononcer sur l'état de santé du recourant rétroactivement au 1er avril 2019.

37. Le 13 mai 2022, la Dresse G_____ a été entendue en tant que témoin et a déclaré ce qui suit:

" Je confirme totalement mon rapport du 16 mai 2020.

Je précise par ailleurs que quand M. A_____ est venu pour la 1ère fois, il était à la fin d'un deuil pathologique où les sentiments de tristesse sont plus difficilement décelables. Un tel deuil s'exprime par d'autres symptômes, à savoir des symptômes somatiques douloureux. C'est exactement ce qui s'était passé pour M. A_____ qui a souffert d'une recrudescence de problèmes lombaires, d'une hernie discale etc. Ces symptômes valent dépression. En fait, il s'agissait d'une dépression masquée avant que je l'ai vue. Si j'ai dit qu'il était à la fin d'un deuil pathologique lorsqu'il m'a consultée pour la 1ère fois, c'est qu'il exprimait à ce moment des sentiments de tristesse. Il se trouvait alors dans un tel désarroi psychique, qu'il était évident pour moi qu'il ne pouvait pas retourner travailler.

Ce deuil pathologique avait été déclenché par la mort de son père, avec lequel il n'avait pas pu être seul avant son décès, sa mère l'en ayant empêché.

Par ailleurs, M. A_____ avait toujours eu de bonnes relations avec son supérieur. Cependant, après la mort de son père, il a provoqué des litiges et a perdu son emploi.

M. A_____ n'avait donc non seulement pas perdu son père, mais également sa famille et son emploi.

Le Dr F_____ m'avait téléphoné et je lui avais expliqué que M. A_____ souffrait d'un deuil pathologique, ce qui avait beaucoup étonné ce médecin, compte tenu de l'âge de l'assuré et de son père. Il était dans une totale incompréhension.

Avant de me voir, M. A_____ avait consulté la consultation ambulatoire psychiatrique des HUG aux Pâquis qui lui a indiqué qu'elle ne pouvait pas se charger de son cas.

En ce qui concerne sa capacité de travail avant sa 1ère consultation avec moi, soit avant le 19 juin 2019, je ne crois pas qu'il était en mesure de reprendre le travail, d'autant plus qu'il avait eu une recrudescence de problèmes lombaires peu auparavant.

Quand il avait vu en mars la Dresse E_____, il avait exprimé vouloir commencer à travailler et cette médecin a mis, à l'avance en date du 5 mars 2019, fin à son arrêt de travail dès le 1er avril. Toutefois, à cette date, il n'était pas en mesure de le faire.

Interrogée sur la question de savoir à quel degré de vraisemblance M. A_____ était incapable de travailler entre le 1er avril et le 17 mai 2019, je précise que selon mon appréciation, il n'était certainement pas en mesure de reprendre le travail pendant cette période au degré de la vraisemblance prépondérante.

Concernant l'absence de consultation de M. A_____ auprès de la Dresse E_____ entre le 5 mars et le 17 mai 2019, je suppose, d'après mon expérience, qu'il était tombé dans un "trou" après la recrudescence de ses problèmes lombaires et qu'il a dû se dire "à quoi bon ?", ce qui est fréquent chez les personnes présentant un trouble dépressif.

Concernant le RDV manqué du 24 juin 2019 avec le Dr F_____, je précise que M. A_____ avait des troubles du sommeil. Lors de la 1ère consultation, je lui avais prescrit en plus du Cipralex, le Ttrittico, à un dosage très peu élevé, qui a un effet très sédatif. Par ailleurs, lorsque j'ai établi le contrat thérapeutique avec M. A_____, il m'a demandé de mettre les RDV à la fin de l'après-midi, ce que j'ai fait. Il s'est toujours présenté aux RDV fixés à 17h15. M. A_____ ma expliqué que le jour du 24 juin 2019, il n'avait pas réussi à se réveiller, malgré le réveil, et je l'ai cru.

Sans mon agenda, je ne peux pas vous confirmer que M. A_____ avait rendez-vous avec moi le 26 juin 2019 à 15h, mais c'est possible.

A la demande de Monsieur M_____, je suis tout à fait disposée à communiquer à la chambre de céans la liste de tous les RDV à partir du 19 juin jusqu'au 31 août 2019.

Sur questions de Maître MATTHEY-DORET, je confirme qu'après la mort de son père, M. A_____ avait changé de comportement à son travail, ce qui est typique

du deuil pathologique. Il a exprimé sa dépression par un comportement qui ne lui correspondait pas. Il avait ainsi eu des expressions à l'égard de ses collaborateurs et de son supérieur qui n'étaient pas admissibles et qui ont conduit à son licenciement. La perte de son emploi était une catastrophe. En effet c'était un bon emploi. Il était chef comptable.

Sur question de la défenderesse, j'explique le retard du diagnostic de deuil pathologique par le fait que M. A_____ avait été suivi jusqu'alors par un médecin somatique qui n'avait pas identifié qu'il souffrait également d'atteintes psychiques. J'étais la première psychiatre qu'il avait consultée."

38. Par courriel du 14 mai 2022, la Dresse G_____ a communiqué à la chambre de céans les dates des consultations du demandeur jusqu'au 31 août 2019. Selon cette liste, le demandeur avait des rendez-vous les 19 et 24 juin chez cette médecin.

39. Par courrier du 23 mai 2022, la défenderesse a requis la production des notes manuscrites datées des jours de consultation du demandeur chez la Dresse G_____, ce que la chambre de céans a refusé.

40. Sur ce, 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) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la LCA.

b. Aux termes de l'art. 46a LCA, les assureurs doivent s'acquitter de leurs obligations découlant des contrats d'assurance au domicile suisse de l'assuré ou du preneur d'assurance. Le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors. Bien que cette disposition n'ait pas été modifiée, c'est désormais le CPC qui s'applique (cf. note de bas de page de la loi). L'art. 17 CPC prévoit que 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 (al. 1). La convention doit être passée en la forme écrite ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte (al. 2).

L'art. 33 des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière en cas de maladie selon la LCA (ci-après: CGA), édition du 1er septembre 2016, prévoit un for alternatif au lieu du domicile de l'assuré ou de l'ayant droit ou du siège de l'assureur.

c. Cela étant, la compétence ratione materiae et ratione loci de la chambre de céans doit être admise, le demandeur étant domicilié dans le canton de Genève.

2. En ce qui concerne la seconde prétention d'un montant de CHF 2'530.50.- avec intérêts à 5% dès le 16 novembre 2020, le demandeur vise un remboursement de ses frais d'avocat antérieurs à la litispendance. Il s'agit d'une prétention en dommages-intérêts (ATF 139 III 190, consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_264/2015 du 10 août 2015, consid. 4.2.2).

a. Selon l'art. 90 let. a CPC, un cumul d'action n'est possible que si le même tribunal est compétent à raison de la matière. La compétence matérielle est une question qui n'est en principe pas sujette à la libre-disposition des parties (ATF 146 III 265 consid. 4.3).

Sous réserve des quelques règles fédérales, l'organisation judiciaire civile est une question de droit cantonal (ATF 147 III 351 consid. 6.1.2 ; ATF 139 III 273 consid. 2.2). Le principe de l'application d'office du droit fédéral s'oppose toutefois au partage d'une seule cause civile en procès distincts, selon les moyens de droit fédéral invoqués, et impose dans cette mesure une attraction de compétence (arrêt du Tribunal fédéral 4A_484/2018 du 10 décembre 2019 consid. 5.4). Dans le canton de Genève, le critère décisif est la nature prépondérante du litige (arrêt du Tribunal fédéral 4A_484/2018 du 10 décembre 2019 consid. 5.5 ; arrêt de la Chambre civile de la Cour de justice ACJC/1840/2018 du 19 décembre 2018 consid. 3.1.3 ; arrêt de la Chambre civile de la Cour de justice ACJC/1463/2016 du 4 novembre 2016 consid. 1.1.3).

Dès lors qu'il ne peut dans tous les cas pas être exigé du demandeur qu'il ouvre deux procédures différentes devant la chambre des assurances sociales et le Tribunal civil au sens de la jurisprudence susmentionnée, la cause doit être réunie auprès du tribunal compétent pour la prétention objet de la présente procédure qui apparait comme prépondérante. Cela se justifie également pour des motifs évidents d'économie de procédure.

En l'espèce, le cœur du litige est sans conteste la prétention du demandeur fondée sur une assurance complémentaire. Sa prétention en dommages-intérêts est accessoire à celle-ci. La chambre de céans est donc exclusivement compétente sur le plan matériel pour trancher des deux prétentions du demandeur.

On parvient en outre au même résultat en application de la théorie des faits de double pertinence (ATF 147 III 159 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 141 III 294 consid. 5.1, 5.2 et 6.1 ; ATF 136 III 486 consid. 4 ; ATF 125 III 346 consid. 2c/aa). En effet, le demandeur affirme que c'est la violation d'une obligation contenue dans les contrats d'assurance en cause qui fonde sa prétention. Or, les faits qui permettraient de déterminer si la compétence de la chambre de céans est bien établie à cet égard sont les mêmes qui déterminent l'issue du litige au fond.

b. Selon l'art. 15 al. 2 CPC, lorsque plusieurs prétentions présentant un lien de connexité sont élevées contre un même défendeur, chaque tribunal compétent pour

statuer sur l'une d'elles l'est pour l'ensemble. Il existe une connexité lorsque plusieurs prétentions sont fondées sur le même complexe de faits (ATF 145 III 460 consid. 4.3.1 ; ATF 142 III 581 consid. 2.1).

En l'espèce, l'existence de la seconde prétention, en dommages-intérêts, du demandeur dépend du bien-fondé de sa première prétention. Le lien de connexité entre ces deux prétentions est donc manifeste. La chambre de céans est donc également compétente à raison du lieu pour connaître de la prétention en dommages-intérêts de CHF 2'530.50.-.

3. La demande satisfait aux conditions de forme de l'art. 244 CPC. Elle est par conséquent recevable.

4. L'objet du litige est la question de savoir si le demandeur présentait une incapacité de travail entre le 1er avril et le 31 août 2019 ouvrant le droit aux indemnités journalières.

5. **a.** 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, 424 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, 238 consid. 4a ; ATAS/199/2022 du 4 mars 2022 ; consid. 3.1 ; ATAS/668/2020 du 18 août 2020, consid. 4).

b. La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.441/2006 du 23 mars 2007 ; consid. 4.3.1 ; 4C.140/2006 du 14 août 2006, consid. 3.1 ; 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 139 III 7, 9-10 consid. 2.2 ; ATF 130 III 321, 323 consid. 3.1 ; ATF 129 III 18, 24 consid. 2.6). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219, 223 consid. 3c ; ATF 119 III 60, 63 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 129 III 18, 25 consid. 2.6 ; ATF 121 V

150, 154 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219, 223 consid. 3c ; ATF 119 III 60, 63 consid. 2c). 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 137 III 268, 282 consid. 3 ; ATF 132 III 626, 634 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 ; ATAS/199/2022 du 4 mars 2022 ; consid. 3.1 ; ATAS/668/2020 du 18 août 2020, consid. 4 ; ATAS/866/2016 du 25 octobre 2016, consid. 9).

6. **a.** En l'occurrence, le demandeur consulte la Dresse E_____ le 5 mars 2019 et celle-ci établit le 25 mars suivant un certificat médical le déclarant totalement apte à travailler dès le 1er avril 2019. Par la suite, cette médecin atteste, le 17 mai 2019, rétroactivement une incapacité de travail pour avril et mai 2019. Le demandeur ne se rend pas aux rendez-vous avec le Dr F_____ fixés pour le 24 et le 26 juin 2019, en justifiant son absence au premier rendez-vous par des "raisons médicales" à cause d'un nouveau traitement. Concernant le second rendez-vous, il prétend avoir déjà une consultation fixée chez son médecin le même jour à 15h. Il s'est cependant avéré qu'il n'avait pas rendez-vous le 26 juin 2019 ni chez la Dresse E_____, comme cela ressort du rapport du 26 juin 2019 du Dr F_____, ni chez la Dresse G_____, selon le courriel de celle-ci du 14 mai 2022 dans lequel elle a listé tous les rendez-vous jusqu'à fin août.

Le Dr F_____ rapporte dans son courrier du 26 juin 2019 au médecin-conseil de la défenderesse que la Dresse E_____ lui a déclaré avoir prescrit l'arrêt de travail dès le 1er avril 2019 en raison d'un état dépressif léger sur soucis familiaux dans un cadre d'un conflit familial autour de l'héritage de son père décédé, mais que c'était la situation sociale qui faisait que l'arrêt de travail durait. Cette médecin n'a pas prescrit de traitement pour les troubles psychiques et était d'accord avec le médecin-conseil qu'il n'y avait pas de raison que l'incapacité de travail persiste. Elle a toutefois également indiqué au médecin-conseil, que le demandeur souffrait à nouveau du dos, avec irradiations dans les cuisses sans Lasègue, tout en admettant qu'un emploi léger demeurait possible. Cela étant, le Dr F_____ conclut qu'aucune affection médicale ne semble justifier un arrêt de travail même partiel depuis le 1er avril 2019.

Le 1er juillet 2019, la Dresse G_____ atteste une incapacité de travail totale depuis le début du suivi du demandeur par cette psychiatre, soit le 19 juin 2019, sans autre indication. Le 8 juillet 2019, la Dresse E_____ certifie une incapacité de travail jusqu'à fin juin 2019 en raison de lombalgies et d'un état dépressif, tout en précisant que la capacité de travail devrait être évaluée par le psychiatre. Le demandeur présente des lombalgies chroniques sans irradiation avec raideur lombaire, palpation lombaire sensible, mobilité du tronc douloureux et restreinte, qui le

limitent dans ses activités, notamment dans la position assise prolongée. À cela s'ajoutent des crises d'angoisse, troubles du sommeil et un moral bas.

Du courrier du 18 juillet 2019 du Dr H_____, médecin-conseil de la défenderesse, résulte que la Dresse G_____ lui a déclaré que l'assuré souffrait d'un deuil pathologique suite au décès de son père et à un conflit successoral. Cette situation avait entraîné des troubles de la concentration et son licenciement. Le demandeur avait indiqué à sa psychiatre qu'il n'avait pas pu aller aux rendez-vous du Dr F_____ car il n'arrivait pas à se lever le matin.

Dans son rapport du 16 mai 2020, la psychiatre traitante atteste qu'elle suivait ce dernier depuis le 19 juin 2019 et que sa capacité de travail était nulle jusqu'au 31 août 2019. Elle avait alors posé le diagnostic d'état dépressif moyen et prescrit un traitement antidépresseur et des séances de psychothérapie hebdomadaire. L'assuré présentait une humeur dépressive avec idées paranoïdes centrées sur sa mère, destinées à masquer les sentiments dépressifs liés à la perte de son père et à la rupture de sa relation avec sa mère, ainsi qu'à le protéger d'un effondrement psychique. À cela s'ajoutaient une perte de plaisir, des sentiments de dévalorisation, difficultés de concentration, ralentissement psychomoteur, troubles de sommeil et retrait par rapport aux interactions sociales. Cet état de souffrance psychique, proche d'un effondrement, était incompatible avec la reprise du travail. La compliance de l'assuré a été très bonne pendant tout l'été 2019 et les traitements ont amené une amélioration notable, de sorte qu'elle a accepté sa décision de retourner au travail en septembre, date à laquelle il s'était inscrit au chômage. Cependant, elle s'est demandé si l'assuré n'a pas pris cette décision en raison de l'arrêt du versement des indemnités journalières par l'assurance perte de gain dès avril 2019. Par ailleurs, la description de son état psychique pendant la période critique que le demandeur a fait au Dr I_____, correspond à ses constatations en date du 19 juin 2019. Enfin, les deux rendez-vous manqués chez le Dr F_____ s'inscrivaient précisément dans la symptomatologie dépressive.

Elle confirme ce rapport lors de son audition du 13 mai 2022 en tant que témoin, tout en précisant que le demandeur était lors de la première consultation à la fin d'un deuil pathologique où les sentiments de tristesse sont plus difficilement décelables. Un tel deuil s'exprime par d'autres symptômes, à savoir des symptômes somatiques douloureux. Or, le demandeur a précisément souffert d'une recrudescence de problèmes lombaires et ces symptômes sont révélateurs d'une dépression. Sa dépression était masquée. Cependant, lors de la première consultation il était dans un grand désarroi psychique, de sorte qu'elle n'avait pas de doute qu'il était incapable de travailler. Au degré de la vraisemblance prépondérante, il présentait déjà une incapacité de travail dès le 1er avril 2019. La cause du deuil pathologique était la mort de son père, avec lequel il n'avait pas pu être seul avant son décès, sa mère l'en ayant empêché. Alors que le demandeur avait toujours eu de bonnes relations avec son supérieur, il a, après la mort de son père, provoqué des litiges à son travail et perdu son emploi. Il a alors exprimé sa

dépression par un comportement qui ne lui correspondait pas, ce qui est typique du deuil pathologique. Le témoin explique le retard du diagnostic de deuil pathologique par le fait que le demandeur n'était pas suivi par un psychiatre avant qu'il la consulte. Concernant l'absence de consultation chez la Dresse E_____ entre le 5 mars et le 17 mai 2019, elle suppose qu'il était tombé dans un "trou" après la recrudescence des problèmes lombaires et qu'il avait laissé tout tomber, comme cela est fréquent lors de troubles dépressifs. Quant aux rendez-vous manqués avec le Dr F_____, elle explique que le demandeur avait des troubles du sommeil, pour lesquels elle avait prescrit, outre l'antidépresseur Cipralex, un médicament avec un effet sédatif. Partant, il lui a semblé crédible lorsqu'il lui a affirmé qu'il n'avait pas réussi à se lever à temps pour se rendre au premier rendez-vous avec le Dr F_____. Elle-même lui a toujours fixé les rendez-vous en fin d'après-midi, à sa demande.

La Dresse E_____ atteste, dans son rapport du 22 mai 2020, que le demandeur souffrait d'épisodes de lombosciatalgies récidivantes depuis 2015. Le dernier épisode a commencé en juillet 2018 avec une évolution relativement lente sans grande amélioration après les traitements conservateurs entrepris. Lors du contrôle du 5 mars 2019, l'assuré allait mieux sous médication de Tramadol, raison pour laquelle une reprise de travail dès le 1er avril 2019 paraissait envisageable. Par la suite, cette médecin a essayé plusieurs fois de le joindre par téléphone fin mars et début avril, sans succès, pour discuter des résultats de la prise de sang et prendre de ses nouvelles. Il n'a pas non plus répondu à un courrier qu'elle lui a envoyé. Elle l'a finalement revu à sa consultation du 17 mai où il lui a appris ne pas avoir réussi à reprendre le travail en raison d'un blocage de son dos après avoir déménagé des affaires sur son bateau. Selon l'anamnèse, il présentait un état dépressif latent depuis environ une année. Il décrivait alors une humeur dépressive et un état apathique l'empêchant à chercher du travail et même d'ouvrir son courrier. Sur la base de l'anamnèse, elle a conclu que la reprise du travail n'était pas possible en avril 2019 en raison d'une récidive de lombalgies et d'un état dépressif.

b. Rétroactivement à la période d'incapacité de travail du demandeur qui a pris fin le 31 août 2019, le Dr I_____ l'expertise le 4 octobre 2019 et confirme qu'à ce moment le demandeur ne souffre d'aucune atteinte psychique. Celui-ci lui a expliqué que les premiers symptômes s'étaient manifestés en février-mars 2018 avec une irritabilité dans les suites du décès de son père le 28 janvier 2018 par suicide assisté. En raison d'un litige concernant la vente de la maison familiale en 2016 avec la promesse de donation au demandeur et à ses deux sœurs, il a rompu tout contact avec sa mère fin mars 2018, ce qui lui avait provoqué des crises d'angoisse. C'était après la mort de son père qu'il a appris que la fille de sa sœur ainée était devenue propriétaire du rez-de-chaussée de la maison. Quant au demandeur, il n'avait jamais touché de donation. Les dorsalgies récurrentes ont également constitué un facteur de stress à l'origine de la dégradation de son état psychique, de l'avis de l'expert. Selon le demandeur, il souffrait d'une angoisse, d'un

sentiment de colère intense et d'envies de meurtre sur sa mère, d'une tristesse, d'idées noires, d'une anhédonie, d'une perte de confiance en soi, d'une perte de l'énergie avec une négligence des soins corporels et des tâches ménagères, ainsi qu'une inactivité durant plusieurs heures de la journée sur le canapé. À cela s'ajoutaient des insomnies, troubles de la concentration, un retrait social et un ralentissement. Le Dr I_____ admet que, durant la période critique entre mars 2018 et mi-juin 2019, la symptomatologie est compatible avec un trouble dépressif diminuant la capacité de travail, tout en précisant que le discours du demandeur lui est apparu comme fiable. Le manquement des deux rendez-vous avec le Dr F_____ et ses excuses sans fondement font apparaître toutefois ses déclarations comme peu crédibles, d'autant plus que la symptomatologie dépressive n'est révélée qu'à partir de fin juin 2019. L'épisode dépressif était en outre léger, selon le rapport du 26 juin 2019 de la Dresse E_____. Celle-ci atteste ensuite un état dépressif moyen dans son rapport du 8 juillet 2019, alors que le demandeur fait à ce moment état d'amélioration de la symptomatologie. Par ailleurs la symptomatologie citée par cette médecin est insuffisante pour conclure à un épisode dépressif moyen. Au vu de ces incertitudes et incohérences, la présence d'une incapacité de travail pour des raisons psychiatriques n'est que possible.

Le 30 octobre 2019, le Dr K_____ expertise également le demandeur et pose le diagnostic de lombosciatique avec discrets signes d'atteinte radiculaire S1 droite sur hernie discale au niveau L5-S1 à droite. À la consultation du 5 mars 2019 avec la Dresse E_____, une reprise de travail à 100% dès le 1er avril 2019 a été convenue et que ce n'est que par la suite que le demandeur a annoncé à sa médecin traitante qu'il n'était pas en mesure de reprendre le travail à cause de lombalgies et d'un état dépressif. Selon le demandeur, il a présenté une exacerbation des douleurs lombaires suite à un déménagement. Le Dr K_____ s'étonne qu'il ne se soit pas annoncé plus tôt, s'il a été victime d'un nouvel épisode aigu de douleurs rachidiennes. Cela étant, il conclut que rien ne permet d'attester une incapacité de travail à cause de cette affection dès le 1er avril 2019.

c. Dans son rapport du 24 novembre 2020, le Dr L_____ estime que les non présentations aux convocations chez le Dr F_____ relèvent d'un défaut de collaboration, permettant d'annuler toute prestation sur le plan juridique, et que rien n'indique sur le plan somatique que l'assuré ne pouvait s'y rendre, alors qu'il était en mesure de conduire, a fait un déménagement en mars 2019 et de la voile. Sur le plan psychiatrique, le médecin-conseil juge le rapport médical de la Dresse G_____ du 16 mai 2020 comme non crédible. Par rapport aux expertises, ses conclusions doivent être considérées comme une appréciation différente des faits. Le diagnostic de F33.1 n'est pas vraisemblable au regard de l'anamnèse du Dr I_____, en l'absence d'un antécédent psychiatrique. Le diagnostic de F32.1 (épisode dépressif moyen) depuis sa prise en charge en juin 2019 par la Dresse G_____ est en outre en contradiction avec celui de F33.1 (état dépressif récurrent, épisode actuel moyen), dès lors qu'un épisode dépressif moyen survient

progressivement et n'apparaît pas brutalement. Ce diagnostic est aussi en contradiction avec le fait que l'assuré pouvait participer à un déménagement et faire de la voile, que la Dresse E_____ n'a constaté le 25 mars 2019 aucune atteinte psychique et que le Dr K_____ relate une amélioration après la prise en charge par la psychiatre. Au demeurant, le rapport médical de la médecin traitante du 8 juillet 2019 n'est pas congruent sur les signes cardinaux de la dépression, selon les constatations du Dr I_____. Il est peu crédible également que l'assuré ait réussi à surmonter un état dépressif moyen et ait été capable de s'inscrire à l'assurance-chômage le 1er septembre 2019, alors qu'habituellement au moins six mois sous traitement bien conduit sont nécessaires pour une guérison.

7. **a.** Selon la défenderesse, les derniers rapports des Dresses E_____ et G_____ n'ont pas de valeur probante, ayant été établis pour les besoins de la cause, ce qui ne peut être nié. Il n'en demeure pas moins que ces médecins sont les seuls témoins directs de l'état de santé du demandeur au moment de la période litigieuse, de sorte que leurs déclarations ne sauraient être écartées du seul fait que leurs rapports ont été établis après le refus de prestations. Dans un arrêt du 29 octobre 2012, le Tribunal fédéral a par ailleurs jugé léger d'écarter des attestations établies postérieurement à une décision au seul motif qu'elles avaient été effectuées pour les besoins de la cause (9C_438/2012 consid. 4.2). Rien n'indique en outre que ces médecins auraient attesté des faits contraires à l'état de santé du demandeur au moment déterminant. De surcroît, la Dresse G_____ les a confirmés en tant que témoin, après avoir été dûment assermentée.

b. Quant aux expertises des Drs I_____ et K_____, elles constituent des expertises privées. Or, selon la jurisprudence, une expertise privée n'est pas un moyen de preuve au sens de l'art. 168 al. 1 CPC, mais qu'elle doit être assimilée aux allégués de la partie qui la produit (ATF 141 III 433 consid. 2.6 p. 437 ; 140 III 24 consid. 3.3.3 p. 29). Quoi qu'il en soit, leur appréciation de la capacité de travail rétroactivement au 1er avril 2019 est sujette à caution, dans la mesure où ils n'ont pas pu examiner le demandeur durant la période d'incapacité de travail alléguée entre cette date et le 31 août 2019. C'est la raison pour laquelle la chambre de céans a renoncé à les convoquer en tant que témoins. Par ailleurs, les experts n'ont pas contacté les médecins traitants. Cela paraît particulièrement problématique pour l'expertise du Dr I_____ qui n'était pas en possession d'un rapport circonstancié de la Dresse G_____. Il a essentiellement apprécié sur la base d'un rapport de la Dresse E_____, qui n'est pas spécialiste en psychiatrie, et des déclarations du demandeur si la symptomatologie décrite correspond à un épisode dépressif moyen. De ce fait, son appréciation rétroactive de l'état psychique du demandeur par le Dr I_____ pourrait de toute manière avoir seulement une valeur probante très restreinte.

À défaut d'indices permettant de conclure à des rapports de complaisance, il n'y a donc pas lieu d'accorder une valeur probante accrue à l'appréciation des experts par rapport à celle des médecins traitantes, laquelle est fondée sur un examen clinique

concret du demandeur pendant du moins une partie de la période litigieuse. De surcroît, la Dresse G_____ a fait une déposition en tant que témoin.

Quant à la jurisprudence citée par la défenderesse concernant l'appréciation des rapports médicaux et en particulier d'une expertise, elle a été rendue dans le cadre de l'assurance sociale et non privée. Cette jurisprudence ne s'applique à l'assurance privée que *mutatis mutandis*.

8. Il résulte de ce qui précède que le demandeur a violé selon toute vraisemblance le devoir de collaboration, du moins pour le deuxième rendez-vous fixé. En effet, le 26 juin 2019, il n'avait pas rendez-vous avec ses médecins traitantes, contrairement à ses dires. Lors de son audition, il admet par ailleurs qu'il était irrité qu'un nouveau rendez-vous ait été fixé déjà le surlendemain du premier. Toutefois, la défenderesse a renoncé à se prévaloir du défaut de collaboration.

9. Le Dr K_____ met en cause que le demandeur ait souffert en avril 2019 d'une exacerbation de douleurs lombaires l'empêchant de reprendre le travail, au motif que le demandeur n'a consulté la Dresse E_____ que le 17 mai 2019, tout en admettant qu'il est difficile de se prononcer rétroactivement sur la capacité de travail. Il conteste ainsi le certificat d'arrêt de travail de cette médecin, même pour la période à partir du 17 mai 2019, sans l'avoir au demeurant contactée, alors même que cette dernière a pu examiner le demandeur au moment déterminant.

Il est vrai que le demandeur a tardé à consulter sa médecin traitante et qu'il a attendu un mois et demi après l'exacerbation des douleurs lombaires pour prendre rendez-vous. Il explique à cet égard que lors des épisodes douloureux avec blocage du dos, il n'est pas toujours indispensable de consulter un médecin, dans la mesure où il dispose d'un stock d'antiinflammatoires et notamment de Tramal à la maison. Il se soignait en restant couché et en prenant ces médicaments, étant précisé qu'il n'était pas possible de faire une infiltration à chaque épisode de blocage. Il ne s'explique par ailleurs pas pourquoi il n'a pas consulté sa médecin traitante plus tôt pour faire attester son incapacité de travail.

De l'avis de la chambre de céans, il n'est pas exclu qu'il y ait eu un malentendu concernant la date de reprise de travail, le demandeur ayant déclaré que la Dresse E_____ ne l'avait pas informé qu'elle l'avait déclaré apte à travailler dès le 1er avril 2019. Il est à cet égard à relever qu'elle avait vu le demandeur le 5 mars 2019, mais qu'elle n'a établi le certificat de reprise du travail qu'en date du 25 suivant. Cela peut expliquer aussi que le demandeur déclare, dans son courriel du 21 mai 2019 à la défenderesse, qu'il y avait un malentendu avec le secrétariat du cabinet médical concernant la remise tardive du certificat d'incapacité de travail. Il sied également de relever que, selon le rapport du 22 mai 2020 de la Dresse E_____, le demandeur allait mieux le 5 mars 2020 sous Tramadol qui comprend notamment la codéine et des extraits d'opium. Il s'agit donc d'une médication lourde qui provoque des effets secondaires importants, ce qui montre que le demandeur ne pouvait être considéré comme guéri et que la reprise de travail n'était que "envisageable" le 5

mars 2020, comme le précise cette médecin dans ce rapport. Enfin, les lombosciatalgies sont récidivantes depuis 2015, selon le rapport de cette dernière du 22 mai 2020. Le Dr I_____ mentionne aussi dans son expertise que le demandeur se plaint d'être limité par les problèmes du dos, les douleurs pouvant revenir à tout moment (p. 10).

Néanmoins, le demandeur savait qu'il devait transmettre à la défenderesse tous les mois un certificat d'arrêt de travail pour être indemnisé, indépendamment de la question de savoir s'il a besoin de consulter sa médecin lors de chaque épisode de blocage. Il ne comprend pas lui-même pourquoi il n'a pas pris rendez-vous avec elle, alors qu'il la voyait habituellement tous les mois. Selon le demandeur, il était tombé dans un "trou noir" et il avait perdu la notion du temps. La Dresse G_____ suppose également, lors de son audition en tant que témoin, qu'il avait dû tomber dans un "trou" après la recrudescence des problèmes lombaires, et devenir indifférent, ce qui est fréquent chez les personnes présentant un trouble dépressif. Quant à la Dresse E_____, elle atteste, dans son rapport du 22 mai 2020, avoir essayé à plusieurs reprises de joindre le demandeur fin mars et début avril, par téléphone et courrier, sans succès.

Par ailleurs, un état dépressif est attesté par cette dernière, lors de son entretien avec le Dr F_____, comme cela ressort du rapport de celui-ci du 26 juin 2019. Elle le confirme dans son rapport du 22 mai 2020. La Dresse G_____ atteste également une incapacité de travail totale dès la première consultation en date du 19 juin 2019 et elle émet le diagnostic d'état dépressif moyen dans son rapport du 16 mai 2020.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans juge crédibles les déclarations du demandeur, selon lesquelles son état psychique l'a empêché de consulter un médecin avant le 17 mai 2019. Par ailleurs, compte tenu de ce que le demandeur souffre de lombosciatalgies de longue date, il paraît également vraisemblable qu'il ait appris à se soigner lui-même par le repos et la médication antalgique en stock, lors des récidives de lumbago.

Quant à l'arrêt de travail attesté le 17 mai 2019 par la Dresse E_____, celle-ci confirme au Dr F_____, selon le rapport du 26 juin 2019 de celui-ci, que le demandeur souffre à nouveau du dos avec irradiations dans les cuisses, sans Lasègue. Elle précise certes qu'un emploi léger demeure possible. Cela ne veut cependant pas dire que le demandeur présentait une capacité de travail à la date de cette consultation pour des raisons somatiques, mais peut être interprété, de l'avis de la chambre de céans, dans le sens qu'après la rémission du récent lumbago aigu, il est capable de reprendre son ancien métier sur le plan somatique.

Au demeurant, le Dr K_____ admet que les troubles rapportés par le demandeur sont concordants avec les résultats de l'examen clinique et la documentation médicale, même s'il constate, au moment de son examen en date du 30 octobre 2019, une évolution favorable avec une absence d'atteinte radiculaire et de

syndrome lombo-vertébral. Il y a ainsi indéniablement un substrat organique objectivable qui explique les problèmes orthopédiques.

Les déclarations du demandeur concernant la survenance de l'épisode de lumbago aigu sont enfin concordantes dans le sens que cet épisode s'est déclenché lors d'un déménagement, ce qui paraît plausible. Il explique à cet égard qu'il était obligé de le faire, devant libérer le box qu'on lui avait prêté. Compte tenu de ce que sa médecin traitante a considéré en mars 2019 qu'une reprise de travail était envisageable, il ne paraît pas surprenant qu'il se soit senti physiquement capable de faire cet effort ou du moins qu'il ait espéré l'être.

Cela étant, il n'y a pas de raison de mettre en cause les constatations de la Dresse E_____ lors de la consultation du 17 mai 2019 et l'incapacité de travail attestée pour des raisons somatiques.

10. **a.** Une incapacité de travail pour des raisons psychiques depuis avril 2019 est également attestée, d'abord par la Dresse E_____, selon le rapport du 26 juin 2019 du Dr F_____. Elle indique à ce médecin, aux termes de ce dernier rapport, qu'il s'agit d'un état dépressif léger. Toutefois, comme elle n'est pas spécialiste en la matière, la chambre de céans estime que cette appréciation n'est pas décisive, d'autant moins que le demandeur souffrait d'une dépression masquée, comme la Dresse G_____ l'a déclaré lors de son audition.

À défaut de disposer d'un rapport détaillé de la psychiatre traitante ni s'être entretenu avec celle-ci, le Dr I_____ ne pouvait par ailleurs pas conclure du rapport succinct de la Dresse E_____ du 8 juillet 2019 que la symptomatologie ne correspondait pas à un épisode dépressif moyen. Au demeurant, il admet que, durant la période critique entre mars 2018 et mi-juin 2019, la symptomatologie est compatible avec un trouble dépressif diminuant la capacité de travail et que le discours du demandeur lui est apparu comme fiable.

Il ne peut être considéré du seul fait que le demandeur s'est soustrait aux rendez-vous avec le Dr F_____, que ses déclarations concernant son état de santé à l'époque ne sont pas crédibles, cela d'autant moins que, selon la Dresse G_____, ces manquements s'inscrivent dans la symptomatologie dépressive. Celle-ci explique par ailleurs lors de son audition que le demandeur a changé de comportement après la mort de son père, ce qui est typique du deuil pathologique, et qu'il exprime sa dépression également par un comportement inadapté qui ne lui correspond pas. Cela a conduit à son licenciement, ce qui a constitué une catastrophe pour lui. Les rendez-vous manqués apparaissent ainsi comme un acte d'auto-sabotage, de l'avis de la chambre de céans. Il est en effet incompréhensible que le demandeur ne donne pas suite aux convocations chez le médecin-conseil de la défenderesse, alors même qu'il est sans argent depuis avril 2019 et est contraint de demander l'aide sociale. Lorsque son état psychique s'est amélioré et qu'il a été considéré comme capable de travailler, le demandeur s'est au demeurant présenté aux rendez-vous avec les experts en octobre 2019 à la première réquisition.

Ses déclarations concernant son état psychique sont en outre concordantes. Dans la mesure où, selon la Dresse G_____, il souffrait d'un état dépressif masqué dans le cadre d'un deuil pathologique, il est aussi plausible que ce trouble soit passé inaperçu jusqu'en mai 2019, dès lors que le demandeur n'était pas suivi par un spécialiste en psychiatrie. De surcroît, selon cette médecin, le deuil pathologique se caractérise par le fait qu'il s'exprime en particulier par des symptômes douloureux.

Les circonstances depuis la mort du père du demandeur paraissent propres à provoquer un état dépressif. Il s'agissait en effet d'un suicide assisté en janvier 2018 et le demandeur a été empêché par sa mère de voir son père une dernière fois. Ensuite, il y a eu des conflits d'héritage et le sentiment du demandeur d'avoir été lésé, ce qui a conduit à la rupture de ses relations avec sa mère et ses sœurs. Puis, il a été licencié. À cela se sont ajoutées enfin des dorsalgies récurrentes comme facteur de stress supplémentaire. Il y avait ainsi plusieurs facteurs qui ont conduit à la symptomatologie dépressive, comme l'explique le Dr I_____ dans son expertise.

Selon cet expert, une telle symptomatologie est cependant seulement décrite depuis fin juin 2019, alors même que le demandeur lui a déclaré que son état s'était amélioré à ce moment. L'expert y voit une contradiction mettant en doute l'existence d'une incapacité de travail. Cependant, comme relevé ci-dessus, il n'était pas en possession d'un rapport détaillé de la Dresse G_____ ni l'a contactée. Or, la psychiatre traitante constate sans équivoque un épisode dépressif moyen, proche d'un effondrement, à sa première consultation du 19 juin 2019, ainsi qu'une incapacité de travail totale. Cette dépression a été traitée par médicaments et psychothérapie. Selon la psychiatre, la compliance était bonne et l'incapacité de travail a perduré jusqu'à fin août 2019. Par ailleurs, si le demandeur a déclaré à l'expert psychiatre que son état de santé s'était amélioré fin juin, cela ne signifie pas encore qu'il était apte à travailler.

Quant aux objections du médecin-conseil de la demanderesse, le Dr L_____, au sujet du rapport du 16 mai 2020 de la Dresse G_____, il sied de relever qu'il n'est pas un spécialiste en psychiatrie et qu'il n'a pas examiné le demandeur, de sorte que son appréciation des atteintes psychiatriques ne paraît pas propre à mettre en doute les constatations de la psychiatre traitante. En ce qu'il mentionne que le demandeur aurait fait de la voile durant la période litigieuse, cela ne ressort d'aucun document si ce n'est que du rapport du Dr I_____ où ce sport est indiqué à titre de loisir au moment de l'expertise, soit après la période litigieuse. S'agissant de la durée du traitement d'un trouble dépressif moyen, que le Dr L_____ évalue à au moins six mois, il sied de relever que le demandeur a bien réagi aux antidépresseurs prescrits, dès lors qu'il a indiqué au Dr I_____ que son état s'était amélioré rapidement après le début du traitement par la Dresse G_____. Par ailleurs, il n'était éventuellement pas encore totalement rétabli le 1er septembre 2019, comme cette dernière l'indique dans son rapport du 16 mai 2020. Elle s'est en effet demandé si le demandeur avait voulu mettre fin à l'arrêt de travail en raison du refus des indemnités journalières. Il

convient également de relever que le demandeur était à ce moment au chômage, de sorte qu'il ne devait pas concrètement reprendre le travail, mais uniquement s'inscrire à l'assurance-chômage et faire des recherches d'emploi. Indépendamment du fait qu'il est tout à fait à son honneur de vouloir raccourcir la durée de son incapacité de travail, il ne peut être conclu dans ces circonstances de la relativement brève durée du traitement psychiatrique que le trouble dépressif n'était pas grave. Au demeurant, le demandeur a continué après le 1er septembre 2019 le traitement antidépresseur et psychothérapeutique.

b. Dans la mesure où le demandeur n'a consulté la Dresse E_____ que le 17 mai 2019 et la Dresse G_____ plus d'un mois plus tard, se pose la question de savoir s'il était déjà incapable de travailler à partir du 1er avril 2019.

La psychiatre traitante, tout comme le Dr I_____ exposent que la symptomatologie dépressive s'est développée à partir du décès du père du demandeur en janvier 2018. Plusieurs autres facteurs de stress se sont ajoutés, soit un conflit successoral, la rupture avec la mère, le licenciement et les lombosciatalgies récidivantes. Le trouble dépressif ne s'est donc pas déclaré d'un jour à l'autre, mais était présent depuis plus d'une année au moment où le diagnostic a été posé. Le fait que cette atteinte n'a pas été identifiée avant mai 2019 ni traitée avant le suivi par la Dresse G_____ à partir de juin 2019, peut expliquer pourquoi elle a duré aussi longtemps. Selon les déclarations de cette dernière lors de son audition, le demandeur n'était certainement pas en mesure de travailler en avril 2019. Compte tenu d'un état psychique proche d'un effondrement et du laisser-aller du demandeur avant de reprendre rendez-vous avec la Dresse E_____ le 17 mai 2019, cette appréciation a posteriori paraît plausible. Elle est également partagée par cette dernière médecin. Avant de considérer que le comportement du demandeur, lors de ses convocations devant le médecin-conseil en juin 2019, jette le discrédit sur ses déclarations, le Dr I_____ admet également que, durant la période critique entre mars 2018 et mi-juin 2019, la symptomatologie est compatible avec un trouble dépressif diminuant la capacité de travail.

Au vu de ce qui précède, il doit être admis que le demandeur était au degré de la vraisemblance prépondérante en incapacité de travail depuis le 1er avril jusqu'au 31 août 2019.

11. En vertu des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière en cas de maladie selon la LCA (ci-après: CGA) de l'édition 2016 (art. 1, 6 et 13), la personne assurée a droit aux indemnités journalières en cas de maladie. Celle-ci s'élève à 80% du salaire assuré de CHF 9'261.-, soit à CHF 263,87, ce que la défenderesse admet. Partant, le demandeur a droit à CHF 40'372.875 pour 153 jours d'incapacité de travail du 1er avril au 31 août 2019.

12. Le demandeur réclame également des intérêts moratoires de 5% sur cette somme à partir du 25 novembre 2019.

a. L'art. 41 al. 1 LCA dispose que la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention. Les « renseignements » au sens de l'art. 41 LCA visent des questions de fait, qui doivent permettre à l'assureur de se convaincre du bien-fondé de la prétention de l'assuré (cf. l'intitulé de l'art. 39 LCA). Ils correspondent aux devoirs de déclaration et de renseignement institués par les art. 38 et 39 LCA (cf. ATF 129 III 510 consid. 3 p. 512 ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_58/2019 du 13 janvier 2020 consid. 4.1 ; 4A_489/2017 du 26 mars 2018 consid. 4.3 ; 4A_122/2014 du 16 décembre 2014 consid. 3.5 ; BREHM, Le contrat d'assurance RC, 1997, nos 512 et 515 s.). Le délai de délibération de quatre semaines laissé à l'assureur ne court pas tant que l'ayant droit n'a pas suffisamment fondé sa prétention ; tel est par exemple le cas lorsque, dans l'assurance contre les accidents, l'état de santé véritable de l'ayant droit n'est pas éclairci parce que ce dernier empêche le travail des médecins (arrêt du Tribunal fédéral 4A_307/2008 du 27 novembre 2008 consid. 6.3.1; JÜRG NEF, in Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, n° 15 ad art. 41 LCA).

Le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO en lien avec l'art. 100 al. 1 LCA). L'intérêt moratoire de 5% l'an (art. 104 al. 1 CO) est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation, ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (arrêt du Tribunal fédéral 5C.177/2005 du 25 février 2006 consid. 6.1). Toutefois, lorsque l'assureur refuse définitivement, à tort, d'allouer des prestations, on admet, par analogie avec l'art. 108 ch. 1 CO, qu'une interpellation n'est pas nécessaire ; l'exigibilité et la demeure sont alors immédiatement réalisées (arrêts du Tribunal fédéral 4A_16/2017 du 8 mai 2017 consid. 3.1 ; 4A_122/2014 précité, consid. 3.5 ; 4A_206/2007 du 29 octobre 2007 consid. 6.3 ; 5C.18/2006 du 18 octobre 2006 consid. 6.1 in fine ; cf. NEF, op. cit., n° 20 in fine ad art. 41 LCA, et GROLIMUND / VILLARD, in Basler Kommentar, Nachführungsband 2012, n° 20 ad art. 41 LCA). Un débiteur peut valablement être interpellé avant même l'exigibilité de la créance (ATF 103 II 102 consid. 1a ; Rolf WEBER, Berner Kommentar, 2000, n. 102 ad art. 102 CO). La demeure ne déploie toutefois ses effets qu'avec l'exigibilité de la créance (cf. ATAS/1176/2019 du 18 décembre 2019).

L'intérêt moratoire n'est dû que depuis le début de la demeure, c'est-à-dire le jour suivant la réception de l'interpellation du débiteur - cas échéant le lendemain de la notification au débiteur de la demande en justice ou du commandement de payer (Luc THEVENOZ, in Commentaire romand, Code des obligations I ad art. 104 CO, n. 9 p. 621).

b. En l'occurrence, les conditions générales ne prévoient aucun terme pour l'exigibilité des prestations qui y sont stipulées.

Jusqu'à la réception des rapports des Dresse G_____ et E_____ des 16 respectivement 22 mai 2020, il y a lieu de considérer que la défenderesse ne disposait pas des renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention. En effet, dans la mesure où le demandeur n'a transmis le certificat d'arrêt de travail de la Dresse E_____ rétroactivement à avril 2019 qu'en date du 17 mai 2019, après avoir été déclaré apte à travailler par cette médecin, et où il s'est soustrait aux convocations à un examen par le médecin-conseil de la défenderesse sans excuse valable, si ce n'est son état psychique, la défenderesse n'était pas en mesure de faire constater son incapacité de travail et pouvait avoir des doutes fondés sur celle-ci.

Les rapports précités n'ont été transmis à la défenderesse qu'avec le courrier du 18 novembre 2020 du demandeur, par lequel celui-ci l'a également sommée de verser les prestations. Partant, les indemnités journalières n'étaient exigibles que quatre semaines après la réception de ces documents, dès le 18 décembre 2020.

Par conséquent, l'intérêt moratoire est dû dès l'exigibilité des prestations en date du 18 décembre 2020.

13. Le demandeur réclame également des dommages-intérêts pour les frais d'avocat engagés avant la litispendance.

a. Aux termes de l'art. 97 al. 1 CO, lorsque le créancier ne peut obtenir l'exécution de l'obligation ou ne peut l'obtenir qu'imparfaitement, le débiteur doit réparer le dommage en résultant, à moins qu'il ne prouve qu'aucune faute ne lui est imputable.

Selon la jurisprudence, les frais d'avocat engagés avant la demande en justice peuvent constituer une partie du dommage, pour autant qu'ils sont justifiés, nécessaires et adéquats, servent à faire valoir une prétention en dommages-intérêts et ne sont pas couverts par les dépens (ATF 139 III 190 consid. 4.2; 131 II 121).

b. En l'espèce, les prétentions du demandeur n'étaient exigibles qu'à partir du 18 décembre 2020, comme relevé ci-dessus. Jusqu'à réception du courrier du 18 novembre 2020, la défenderesse ne disposait en effet pas des renseignements nécessaires pour examiner le bien-fondé de la demande d'indemnisation. Par ailleurs, le demandeur a empêché la défenderesse par son comportement de faire constater son incapacité de travail. Partant, une faute ne peut être reprochée à celle-ci qu'à partir de son refus définitif du 26 novembre 2020. Des dommages-intérêts ne peuvent ainsi être réclamés qu'à partir de cette date.

Entre le 26 novembre 2020 et le dépôt de la présente demande, le 30 avril 2021, le conseil du demandeur a consacré 40 minutes à une recherche documentaire et juridique le 14 décembre 2020 et 10 minutes à un téléphone avec son mandant le 8 janvier 2021. Il convient de considérer que ces démarches étaient également nécessaires pour le dépôt de la demande et qu'elles sont ainsi déjà couvertes par les dépens.

Par conséquent, la demande en paiement de CHF 2'530.50 doit être rejetée.

14. Le demandeur, représenté par un conseil, obtient largement gain de cause dans sa demande principale, de sorte qu'il a droit à des dépens.

Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais comprenant les dépens (art. 96 CPC en relation avec l'art. 95 al. 3 let. b CPC). À Genève, le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC - E 1 05.10) détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC).

La valeur litigieuse, telle que définie par les conclusions du demandeur, s'élève à CHF 45'903.50, ce qui correspond à des dépens de CHF 6'531.- arrondi, selon l'art. 85 al. 1 RTFMC. Comme le demandeur est débouté de sa demande en dommages-intérêts de CHF 2'530.50 et cette somme représente 5,5% du total de la valeur litigieuse, les dépens doivent être réduits proportionnellement à CHF 6'171.795.- auxquels il convient d'ajouter la TVA et les débours, de sorte que le montant total, arrondi, s'élève à CHF 6'647.- (art. 25 et 26 al. 1 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] ; art. 84 et 85 RTFMC).

15. 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. L'admet partiellement.

3. Condamne la défenderesse à verser au demandeur la somme de CHF 40'373.-, en chiffres ronds, avec intérêts à 5% dès le 18 décembre 2020.

4. La condamne à verser au demandeur la somme de CHF 6'647.- à titre de dépens.

5. Dit que la procédure est gratuite.

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

La greffière	La présidente suppléante
Adriana MALANGA	Maya CRAMER

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