

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2830/2025

ATAS/554/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 juin 2026

Chambre 3

En la cause

A_____

demandeur

représenté par Me Andres PEREZ, avocat

contre

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA

défenderesse

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1975, est directeur d'un bureau d'architecture, constitué sous la forme d'une société anonyme, sise dans le canton de Genève, dont il est devenu l'administrateur unique le 10 octobre 2022.
- b.** À ce titre, il est au bénéfice d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie conclue auprès de GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA (ci-après : l'assurance).
- B.** **a.** Par certificat du 7 juin 2024, la docteure B_____, médecin interne en psychiatrie chez les PSY RÉUNIS-GARE SA, a attesté d'un arrêt de travail total du 7 juin au 7 juillet 2024 pour cause de maladie, qui a été annoncé à l'assurance par déclaration du 12 juin 2024.
- b.** Dans un rapport du 16 août 2024, les docteurs C_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et B_____ ont retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Les limitations étaient les suivantes : sentiment d'épuisement, trouble de la concentration, résistance et adaptabilité de 0%, ainsi que « cognitif et compréhension diminués ». Le suivi psychiatrique et psychothérapeutique avait lieu une fois par semaine. L'incapacité de travail était totale depuis le 7 juin 2024, à réévaluer trois à six semaines plus tard.
- c.** L'assurance a sollicité l'expertise du docteur D_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a examiné l'assuré le 28 octobre 2024 et rendu son rapport le 2 novembre suivant.
- L'expert n'a retenu aucun diagnostic psychique incapacitant et a conclu à une capacité de travail entière. Dans son appréciation, l'expert a écarté les facteurs non médicaux, tels que la surcharge de travail alléguée, la situation familiale et les obligations financières envers les proches.
- d.** Par courrier du 19 novembre 2024, l'assurance a informé l'assuré qu'elle mettrait un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 30 novembre 2024, considérant, au regard du rapport d'expertise précité, qu'une reprise de travail à 100% était possible médicalement dès le 1^{er} décembre 2024.
- e.** Dans un rapport du 13 décembre 2024, les Drs C_____ et B_____ ont fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise et d'un ajustement du traitement médicamenteux avec un suivi psychologique bi-hebdomadaire. Ils ont évoqué le diagnostic de trouble panique avec attaques de panique (F41.0) et estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle.
- f.** Par lettre du 23 janvier 2025, l'assurance a maintenu sa position, en indiquant que, selon son médecin-conseil, le rapport du 13 décembre 2024 ne mettait en évidence aucun élément médical justifiant un arrêt de travail.

g. Par pli du 4 avril 2025, l'assuré a sollicité de l'assurance un réexamen de sa situation et la reprise du versement des indemnités journalières à compter du 13 décembre 2024, date à laquelle la détérioration de son état de santé avait été constatée.

h. Par pli du 29 avril 2025, l'assurance a répondu qu'une instruction était en cours afin de déterminer si les conditions ouvrant un droit aux prestations étaient remplies.

i. À la demande de l'assurance, le Dr D_____ a établi un rapport complémentaire le 6 mai 2025, dans lequel il a émis l'avis que le nouveau diagnostic incapacitant annoncé dans le rapport du 13 décembre 2024 n'était pas étayé et paraissait peu probable.

j. Par certificat du 13 juin 2025, la Dre B_____ a attesté d'une capacité de travail de 20% dans l'activité habituelle, dans un but thérapeutique.

k. Par courrier du 18 juin 2025, l'assurance a avisé l'assuré qu'elle maintenait sa position.

l. Selon les décomptes au dossier, l'assurance a versé à l'assuré :

- CHF 0.- pour l'incapacité totale du 7 au 30 juin 2024 (24 jours), en raison du délai d'attente ;
- CHF 10'949.25 pour l'incapacité totale du 1^{er} au 31 juillet 2024 (31 jours sous déduction du solde du délai d'attente de six jours) ;
- CHF 13'577.05 pour l'incapacité totale du 1^{er} au 31 août 2024 (31 jours) ;
- CHF 13'139.10 pour l'incapacité totale du 1^{er} au 30 septembre 2024 (30 jours) ;
- CHF 13'577.05 pour l'incapacité totale du 1^{er} au 31 octobre 2024 (31 jours) ;
- CHF 13'139.10 pour l'incapacité totale du 1^{er} au 30 novembre 2024 (30 jours).

C. a. Le 21 août 2025, l'assuré, représenté par un avocat, a saisi la Cour de céans d'une demande en paiement à l'encontre de l'assurance, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à son audition et à la production de l'avis du médecin-conseil fondant la prise de position du 23 janvier 2025, principalement, à la condamnation de la défenderesse au paiement de la somme de CHF 109'492.50 à titre d'indemnités journalières dues à 100% pour la période du 1^{er} décembre 2024 au 12 juin 2025, puis à 80% depuis le 13 juin 2025, assortie d'intérêts à 5% l'an.

Le demandeur conteste la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du 2 novembre 2024 et de son complément du 6 mai 2025.

Il allègue que le Dr D_____ l'a contraint à signer une déclaration de consentement au refus d'enregistrement de l'entretien, en se montrant très

insistant, et soutient que cette méthode jette un doute sur l'impartialité de l'expert et la crédibilité de son rapport du 28 octobre 2024.

Il ajoute que l'entretien d'expertise s'est déroulé dans un climat tendu et a été interrompu de manière abrupte, sans qu'il ait pu exprimer pleinement l'ensemble de ses difficultés.

Par ailleurs, à la lecture du rapport d'expertise, il constate que de nombreux éléments ont été sortis de leur contexte. À titre d'exemple, l'expert indique que le demandeur pratique du sport trois fois par semaine, alors même qu'il avait déclaré ne plus en faire au moment de l'expertise et avoir résilié son abonnement. Il avait également souligné que les activités en extérieur avaient été préconisées dans le cadre de sa psychothérapie, afin d'éviter l'isolement social et les idées suicidaires, informations dont l'expert n'a pas fait état.

Le demandeur s'étonne qu'aucun diagnostic incapacitant n'ait été retenu par l'expert, malgré les éléments rapportés et constatés par ses médecins traitants. Il lui a pourtant indiqué avoir souffert de trois épisodes de décompensation psychique en 2012, 2017 et 2022.

Il relève dans le rapport d'expertise le passage suivant :

« une sensation de saturation mentale, un débordement émotionnel, une sensation de trop-plein. Sur le plan émotionnel, il met en avant une anxiété et un stress paralysant, engendrés notamment par le travail. Il relate aussi des spasmes. Il déclare qu'au moment des pics d'anxiété, il présentait des idées suicidaires ou alors qu'il se frappait »,

dont il considère qu'il corrobore le diagnostic de « trouble panique avec attaques de panique » retenu par ses psychiatres traitants le 13 décembre 2024.

Selon le demandeur, le fait que l'expert n'ait pas observé les symptômes du trouble panique au moment de l'entretien du 28 octobre 2024 ne permet pas d'écarter ce diagnostic, puisque celui-ci se caractérise notamment de manière épisodique et imprévisible.

Par ailleurs, le demandeur allègue qu'il se trouvait, au moment de l'expertise, sous l'effet d'un traitement anti-dépresseur susceptible de modifier temporairement son comportement et de donner l'apparence d'une stabilité émotionnelle.

Le demandeur reproche à l'expert d'avoir qualifié d'improbable, dans son rapport complémentaire du 6 mai 2025, l'incapacité de travail attestée par ses médecins, sans l'avoir réexaminé.

Il argue que l'absence de spécialisation FMH de la Dre B_____, médecin interne en psychiatrie en charge de son suivi thérapeutique, ne suffit pas à remettre en cause la valeur probante des rapports et certificats médicaux de ses médecins traitants, les rapports étant systématiquement cosignés par le Dr C_____,

spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. D'autant que ces pièces médicales reposent sur un suivi particulièrement important (bihebdomadaire depuis décembre 2024).

Le demandeur en tire la conclusion que la défenderesse ne pouvait manifestement pas considérer qu'aucun élément ne justifiait une incapacité de travail au-delà du 30 novembre 2024 et était tenue de procéder à un nouvel examen. Il conclut dès lors à la reprise du versement des indemnités journalières, à 100% dès le 1^{er} décembre 2024, puis à 80% depuis le 13 juin 2025.

Le demandeur expose que le montant de l'indemnité journalière s'élève à CHF 437.97 d'après le décompte du 15 juillet 2024 et conclut au versement d'un montant de CHF 84'966.18 pour la période du 1^{er} décembre 2024 au 12 juin 2025 (194 jours) et de CHF 24'526.32 pour la période du 13 juin 2025 à ce jour (70 jours), soit un montant total de CHF 109'492.50, assorti d'un intérêt à 5% l'an à compter du 1^{er} décembre 2024.

b. Invitée à se déterminer, la défenderesse, dans sa réponse du 14 octobre 2025, a conclu au rejet de la demande, sous suite de frais et dépens.

La défenderesse soutient que le rapport d'expertise psychiatrique doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle rappelle que, selon l'expert, le demandeur était objectivement capable d'exercer son activité habituelle de directeur et que des facteurs extra-médicaux ont causé la situation d'épuisement.

Elle relève qu'en temps normal, un employé en longue durée d'incapacité de travail s'expose à la résiliation de ses rapports de travail par l'employeur au-delà de la durée de protection légale. En l'espèce, il y a identité entre l'assuré, le propriétaire du capital-actions du preneur d'assureur et l'administrateur unique de ce dernier. Il n'y a donc aucun risque que l'assuré soit licencié par le preneur d'assureur.

La défenderesse est surprise que le demandeur prétende à une incapacité de travail totale durant douze mois et que sa société, qui exploite un atelier d'architecture et de design ainsi qu'une école d'architecture, ait pu fonctionner sans problème. La défenderesse se demande d'où provenaient les instructions au personnel et comment la société anonyme a été gérée tout au long de ces mois. Elle sollicite une instruction sur ce point.

La défenderesse ajoute que le demandeur devait recommencer à exercer son activité professionnelle habituelle pour ne pas violer les obligations découlant du contrat collectif d'indemnités journalières, ce qu'il n'a pas fait. Elle en infère qu'il a violé son obligation de réduire le dommage.

La défenderesse verse au dossier, en particulier, le procès-verbal du 17 janvier 2025 du docteur E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil, qui estime que le trouble de panique [évoqué dans le rapport du

13 décembre 2024] est un diagnostic incohérent « qui sort de nulle part » et peu vraisemblable.

c. Dans sa réplique du 17 novembre 2025, le demandeur a persisté dans ses conclusions.

Il allègue que, durant son incapacité de travail, le fonctionnement du bureau d'architecture a été assuré principalement par F_____, architecte. Il joint à cet effet le contrat de travail entre l'employeur et cette employée du 7 juin 2023.

Par ailleurs, son ex-épouse, G_____, également architecte, a été engagée au sein de l'entreprise à compter du 2 avril 2025 à un taux de 50%, augmenté à 60% à partir du 25 août 2025. Il produit à cet effet le contrat de travail du 2 avril 2025 ainsi que l'avenant audit contrat du 25 août 2025 (non signé).

Il expose que, sans l'aide de ces deux architectes, le bureau d'architecture n'aurait pu continuer à fonctionner durant son incapacité de travail. Le chiffre d'affaires du bureau d'architecture est resté relativement stable durant cette période, en raison de la longue durée des mandats. Toutefois, les conséquences de la période d'incapacité se font sentir désormais, avec une diminution notable du chiffre d'affaires et une difficulté à obtenir de nouveaux mandats. Il verse au dossier une attestation du 11 novembre 2025 de H_____, gérante de la société en charge de la comptabilité du bureau d'architecture, faisant état d'un chiffre d'affaires de CHF 530'740.- pour l'exercice 2024, diminué à CHF 245'894.- au 31 octobre 2025, en raison de l'absence du demandeur.

Il ajoute que la formation des stagiaires au sein du bureau d'architecture a été interrompue depuis plusieurs années et notamment durant son incapacité de travail. Depuis son retour progressif à 20% en juin 2025, il s'est concentré principalement sur la reprise du volet « formation » du bureau d'architecture. Il s'agit de la seule activité qu'il peut exercer à ce jour sans que cela entraîne une nouvelle rechute de son atteinte à la santé. Il produit un certificat du 6 octobre 2025 de la Dre B_____ attestant d'une pleine capacité de travail dès le 1^{er} octobre 2025.

Le demandeur conteste la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du 2 novembre 2024 et son complément du 6 mai 2025. Il nie également toute valeur probante aux avis du médecin-conseil de la défenderesse, qui se contente, selon lui, de valider les conclusions de l'expert psychiatre sans apporter d'éléments médicaux supplémentaires. La prise de position du médecin-conseil du 17 janvier 2025 qualifie le diagnostic de trouble panique comme « sortant de nulle part » sans aucun fondement médical.

Aux yeux du demandeur, le fait qu'il n'ait pu que reprendre la formation de stagiaires depuis juin 2025 prouve qu'une incapacité de travail persiste dans l'exercice de son activité habituelle de directeur. Le fait que l'entreprise ait pu continuer à fonctionner durant son incapacité de travail ne peut être invoqué pour

contester son incapacité de travail. Bien au contraire, la baisse du chiffre d'affaires démontre les conséquences de son absence au sein de l'entreprise.

Au demeurant, le demandeur souligne avoir repris progressivement son activité, attestant ainsi sa volonté de réduire le dommage et de retrouver une capacité de travail. Le rapport médical du 13 juin 2025 confirme qu'une reprise de l'activité habituelle était limitée à 20%. Le rapport médical du 13 décembre 2024 relevait un risque « auto-agressif » en cas de reprise de l'activité habituelle. Dans ce contexte, la défenderesse ne pouvait pas exiger de lui une reprise de l'activité habituelle à un taux supérieur à celui préconisé par les médecins traitants.

d. Dans sa duplique du 12 décembre 2025, la défenderesse a persisté dans ses conclusions.

e. Par écriture du 5 février 2026, le demandeur a amplifié ses conclusions, en demandant que la défenderesse soit condamnée à lui payer la somme de CHF 123'507.54 à titre d'indemnités journalières dues à 100% pour la période du 1^{er} décembre 2024 au 12 juin 2025, puis à 80% du 13 juin au 30 septembre 2025, avec intérêts à 5% l'an.

Il se prévaut à cet effet du certificat de la Dre B_____ du 6 octobre 2025 (déjà cité) et indique que, pour la période du 13 juin au 30 septembre 2025, le montant des indemnités journalières s'élève à CHF 38'541.36 (110 jours × CHF 437.97 × 80%). Additionné à celui dû pour la première période à hauteur de CHF 84'966.18 (déjà mentionné dans la demande en paiement), le montant total s'élève à CHF 123'507.54.

f. Le 5 février 2026, la Cour de céans a tenu une audience de débats d'instruction, de débats principaux et de premières plaidoiries. À l'issue de celle-ci, elle a clos l'instruction et fixé un délai aux parties pour leurs conclusions finales.

g. Dans leurs plaidoiries finales écrites du 9 mars 2026, les parties ont persisté dans leurs conclusions.

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 LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1).

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

Selon l'art. 2 ch. 3 des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière en cas de maladie selon la LCA (ci-après : CGA), applicables à la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA.

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

1.2 Sauf disposition contraire du CPC, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

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

Le demandeur, en sa qualité d'assuré et d'ayant droit, étant domicilié dans le canton de Genève, la Cour de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande en paiement.

1.3 Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

1.4 Pour le reste, la demande en paiement 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. Le litige porte sur le droit du demandeur à des indemnités journalières au-delà du 30 novembre 2024.
3. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la Cour de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

3.1 La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire

sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces ; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaider l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

Lorsque la partie est assistée d'un mandataire professionnel, le tribunal doit appliquer la maxime inquisitoire sociale avec retenue. S'il doit toujours attirer l'attention des parties sur les lacunes du dossier et les inviter à le compléter, il ne peut ordonner d'office des mesures d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 4A_522/2008 du 3 septembre 2009 *in* RSPC 2010 p. 12).

3.2 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 (cf. 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 et 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 ; 132 III 715 consid. 3.1 ; 130 III 321 consid. 3.3).

En vertu de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne la survenance d'un sinistre assuré, le degré de preuve nécessaire est 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 conserve toutefois la possibilité d'apporter des contre-preuves ; il cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale (ATF 130 III 321 consid. 3.4).

Cependant, dans un arrêt du 31 août 2021, le Tribunal fédéral a modifié la jurisprudence précitée, 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).

3.3 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).

L'expertise en tant que moyen de preuve admis au sens de l'art. 168 al. 1 let. d CPC ne vise que l'expertise judiciaire au sens de l'art 183 al. 1 CPC (ATF 141 III 433 consid. 2.5.2 et 2.5.3).

Selon l'art. 177 CPC, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2025, les titres sont des documents propres à prouver des faits pertinents, tels les écrits, les dessins, les plans, les photographies, les films, les enregistrements audio, les fichiers électroniques, les données analogues et les expertises privées des parties.

Dans son Message du 26 février 2020 relatif à la modification du code de procédure civile suisse ([Amélioration de la praticabilité et de l'application du droit], FF 2020 2607), le Conseil fédéral relevait que selon le Tribunal fédéral, les expertises privées ou soumises par les parties - c'est-à-dire les rapports d'experts n'ayant pas été sollicités par le tribunal conformément aux art. 183 ss CPC mais commandés par une partie elle-même - ne constituaient pas des titres au sens de l'art. 177 CPC et n'étaient en conséquence pas des moyens de preuve admissibles au sens de l'art. 168 al. 1 CPC (FF 2020 2607 p. 2659, note de bas de page 192 : ATF 141 III 433 consid. 2). Cela résultait en premier lieu, selon lui, du fait que, lors de l'élaboration du CPC, les expertises privées ou soumises par les parties avaient été exclues non seulement en tant que type d'expertise mais de façon générale en tant que moyen de preuve. En contradiction avec une grande partie de la doctrine, cette jurisprudence avait fait l'objet de critiques (FF 2020 2607 p. 2659).

Le Conseil fédéral, étant d'avis que cette interprétation du droit n'était pas satisfaisante et que ce point devait donc être adapté, a alors proposé de prévoir expressément dans la loi que les expertises privées des parties sont également considérées comme des titres soumis aux principes généraux applicables en la matière et constituent ainsi un moyen de preuve admissible selon l'art. 168 al. 1 let. b CPC. Les expertises privées ou fournies par les parties resteront soumises au principe de la libre appréciation des preuves par le tribunal au sens de l'art. 157 CPC et leur force probante dans le cas concret dépendra de toutes les circonstances à prendre en compte (par ex. les liens entre la partie et l'expert, les circonstances de l'attribution du mandat, la procédure et le déroulement de l'expertise, la compétence de l'expert, etc. ; cf. FF 2020 2607 p. 2660).

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).

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

3.4 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 du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (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'assurances se détermine donc sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en

particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.263/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a).

4.

4.1 En l'espèce, l'avenant à la police d'assurance valable dès le 1^{er} janvier 2023 prévoit le versement d'une indemnité journalière en cas de maladie à hauteur de 80% du salaire durant 730 jours, avec un délai d'attente de 30 jours.

Selon l'art. 3 ch. 3 1^{re} phrase des CGA, la maladie est définie comme toute atteinte involontaire à la santé physique, mentale ou psychique, médicalement et objectivement décelable, qui n'est pas due à un accident ou à ses suites et qui exige un examen, un traitement médical ou engendre une incapacité.

Selon l'art. 3 ch. 7 1^{re} phrase des CGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

Selon l'art. 13 ch. 1 des CGA, l'indemnité journalière est allouée proportionnellement au degré d'incapacité qui doit être d'au moins 25%. Les jours d'incapacité inférieurs à ce taux ne sont pas pris en compte pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente. Les jours d'incapacité partielle indemnisés sont comptés comme jours entiers.

4.2 Sur le plan médical, le demandeur requiert le versement d'indemnités journalières au-delà du 30 novembre 2024 en se basant sur les certificats d'arrêt de travail et les rapports émis par ses psychiatres traitants. La défenderesse, de son côté, conteste devoir prêter davantage, en s'appuyant sur le rapport d'expertise psychiatrique du 2 novembre 2024 et son complément du 6 mai 2025.

4.2.1 Il convient d'examiner la valeur probante de ce rapport d'expertise.

Sur le fond, l'expert, sur la base de ses observations, a conclu que le demandeur ne présentait, le jour de l'entretien d'expertise le 28 octobre 2024, aucun diagnostic psychiatrique incapacitant. En particulier, il a relevé que l'examen n'avait pas mis en évidence de symptômes anxieux ou dépressifs. L'humeur était neutre. La tonalité affective n'était pas fixée au pôle dépressif, elle fluctuait en fonction des sujets abordés. L'assuré n'était pas émotif et il ne pleurait pas. Il n'était pas émotionnellement éteint, il ne paraissait pas abattu et son image ne dégageait rien de sombre. La mimique du visage était préservée et elle n'exprimait pas la détresse. L'expert n'a pas constaté de cognitions relevant du registre dépressif, ni de signes de réduction de l'énergie, ni de déficit de concentration franc.

L'expert a indiqué que les plaintes du demandeur se rapportaient surtout au stress induit par le travail. Celui-ci mettait en avant le fait que son métier était exigeant, stressant, que la charge de travail était importante, avec beaucoup de contraintes. L'idée de revenir au travail, de se confronter à ce milieu stressant lui faisait peur.

L'expert n'a pas remis en question la sincérité et la véracité des sentiments dont lui avait fait part le demandeur. En revanche, le spécialiste a souligné que ces sentiments ne relevaient pas du registre de la psychopathologie.

En ce qui concerne les plaintes du demandeur au sujet des perturbations du sommeil, l'expert n'a pas constaté de signes indirects d'insomnie lors de l'examen. Le demandeur n'avait pas de cernes et il ne bâillait pas. Il n'était pas somnolent et il ne présentait pas de fluctuations sur le plan attentionnel. Il était orienté aux quatre modes. Sur le plan psychomoteur, l'assuré n'était pas accéléré ni ralenti. Ses mouvements corporels étaient vifs, harmonieux et fluides, sans appauvrissement des mouvements spontanés. L'expert n'a pas constaté de signe d'agitation. L'assuré ne manquait pas de dynamisme et n'était pas fatigable. Toutes ses réactions, gestuelles ou verbales, étaient vives tant au début qu'à la fin de l'examen.

Ensuite, l'expert a indiqué qu'il ne constatait aucun des symptômes évoqués dans le rapport de la Dre B_____ du 16 août 2024, à savoir la tristesse, la diminution d'énergie, la fatigue intense, l'aboulie, la perte de l'estime de soi, les troubles de la concentration et le déficit de compréhension. En ce qui concerne l'anhédonie, il s'agissait d'un symptôme qui faisait référence au vécu subjectif de l'assuré, qui devait être confronté au fait que ce dernier s'engageait dans diverses activités de type loisirs, permettant de pondérer la sévérité de l'anhédonie alléguée. L'expert a ajouté que, lors de l'examen, les affects étaient mobilisables et les émotions positives se faisaient sentir. De plus, l'aboulie invoquée était inconciliable avec la description que l'assuré apportait de sa journée-type (cf. *infra*).

L'expert a également mentionné que le demandeur ne présentait pas de sentiment de dévalorisation ni de culpabilité morbide, ni une diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer. Le fait que l'assuré ne rencontrait pas de difficultés dans les tâches relativement exigeantes sur le plan attentionnel (conduite de voiture et de scooter, tâches administratives, lecture) parlait en défaveur d'un déficit de concentration cliniquement significatif. En outre, l'assuré ne verbalisait pas d'idées suicidaires à présent.

Aussi l'expert a-t-il écarté le diagnostic de « l'épisode dépressif caractérisé », tout en précisant que si un tel épisode a pu exister par le passé, il était dorénavant résolu.

Il en allait de même du « trouble de l'attention », dont les critères diagnostiques n'étaient pas réunis lors de l'examen, en l'absence de perturbations émotionnelles ou comportementales ou encore de perturbation significative du fonctionnement quotidien de l'assuré.

L'expert a par ailleurs relevé plusieurs incohérences.

En premier lieu, les limitations alléguées (incapacité de travail totale) ne se manifestaient pas de la même manière dans les autres domaines de la vie, dès lors que l'assuré maintenait une pleine autonomie (cf. *infra*).

En second lieu, compte tenu de l'amélioration de l'état de santé de l'assuré, il était incohérent que le taux de capacité de travail n'ait pas été ajusté.

En troisième lieu, le traitement anxiolytique limité à une prise très sporadique d'Alprazolam, prescrit à la posologie minimale, permettait de pondérer la sévérité de l'anxiété alléguée et paraissait incohérent avec son caractère grave et complètement incapacitant attesté par la Dre B_____.

En quatrième lieu, le diagnostic d'« épisode dépressif moyen » retenu par la Dre B_____ n'engendrait typiquement pas une incapacité de travail totale.

En cinquième lieu, au vu de la stagnation clinique alléguée (incapacité de travail totale depuis presque cinq mois), il était incohérent que le traitement antidépresseur n'ait pas été modifié, que sa posologie n'ait pas été ajustée et que ce traitement soit toujours prescrit à sa posologie minimale.

Enfin, certains symptômes évoqués par la Dre B_____ paraissaient difficilement conciliables avec les activités que l'assuré poursuivait durant son arrêt. À titre d'exemples, les troubles de la concentration invoqués paraissaient inconciliables avec le fait que l'assuré ne rencontrait pas de difficultés lors de la conduite d'une voiture ou d'un scooter ou lors de la lecture ; l'épuisement et la fatigue intense allégués paraissaient inconciliables avec l'activité sportive de l'assuré (session de fitness trois fois par semaine [1h - 1h30], vélo musculaire une-deux fois par semaine [15-20 km]).

L'expert a conclu que, faute de diagnostic psychiatrique, il n'existait pas de limitation fonctionnelle diminuant la capacité de travail de l'assuré. Dans ce cadre, l'expert n'a pas pris en considération les facteurs non médicaux, tels que la surcharge de travail alléguée, la situation familiale de l'assuré et ses obligations financières envers ses proches. Il s'agissait de facteurs contextuels, étrangers à la santé, sans effet sur la capacité de travail. La déclaration de l'assuré selon laquelle il ne se sentait pas prêt pour reprendre le travail était un sentiment subjectif, non pas une limitation d'ordre psychiatrique. Sa volonté de poursuivre le travail psychothérapeutique ne pouvait pas justifier une incapacité de travail, une telle thérapie étant conciliable avec son activité professionnelle.

La Cour de céans observe que le rapport d'expertise se fonde sur l'anamnèse, le dossier médical au dossier, les indications subjectives du demandeur (p. 1-7), les observations cliniques (p. 7-9), ainsi que sur l'appréciation du cas qui est bien motivée (p. 9-13). Ce rapport remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

4.2.2 Les griefs du demandeur à l'encontre du rapport d'expertise du 2 novembre 2024 ne sont pas de nature à le discréditer.

En effet, certes la déclaration de consentement signée par le demandeur le 28 octobre 2024 mentionne que l'entretien n'était pas enregistré. Il n'est donc pas possible de vérifier la conformité du contenu de l'expertise avec les déclarations

faites lors de l'entretien. Cela étant, ce document prévoit la possibilité de solliciter une rectification de données qui seraient inexactes ou incomplètes. Or, en date du 28 février 2025, la défenderesse a transmis à l'avocat du demandeur une copie de son dossier médical (dossier déf. pièce 14). Après quoi, par pli du 4 avril 2025, le conseil du demandeur a contesté la cessation des indemnités journalières au 30 novembre 2024, sans avoir remis en cause le contenu du rapport d'expertise psychiatrique.

Quoi qu'il en soit, dans son rapport du 2 novembre 2024, l'expert a précisé que le demandeur l'écoutait attentivement et que ce dernier n'hésitait pas à intervenir pour apporter des précisions, des petites corrections ou pour faire un commentaire (p. 8). L'expert a également indiqué que le demandeur avait lu attentivement le formulaire qui lui avait été remis pour signature (i.e. la « déclaration de consentement »), qu'il avait posé des questions, fait des remarques pertinentes et effectué des modifications audit formulaire en précisant qu'il souhaitait que son dossier ne soit pas conservé auprès de l'expert après l'accomplissement du mandat d'expertise et l'envoi du rapport à la défenderesse (p. 7). L'expert a par ailleurs relevé que le demandeur était mécontent d'avoir été contraint de se soumettre à l'expertise, tout en contenant ses émotions (p. 8).

Ensuite, le demandeur reproche à l'expert d'avoir interrompu de manière abrupte l'entretien, sans qu'il ait pu exprimer pleinement l'ensemble de ses difficultés. Or, l'expert a pris le soin, à la fin de l'entretien, de lui demander s'il souhaitait ajouter quelque chose. Dans un premier temps, le demandeur a répondu par la négative. Puis, quelques minutes après la fin de l'examen, le demandeur est revenu au cabinet pour déclarer qu'il avait travaillé toute sa vie, qu'il n'avait jamais été en arrêt, qu'il n'avait jamais bénéficié du chômage ni de l'aide sociale, qu'il était bosseur, qu'il avait été mis en arrêt par son médecin parce que c'était nécessaire, qu'il était satisfait de la psychothérapie dont il avait encore besoin, qu'il n'était pas encore prêt à reprendre le travail, qu'il ne voulait pas changer de métier ni être hospitalisé à la clinique de Belle-Idée. Sur question de l'expert, le demandeur lui avait également répondu qu'il n'avait pas bien vécu l'entretien, en présence d'un inconnu (i.e. l'expert) et que cela ne faisait que quelques mois qu'il s'ouvrait à sa thérapeute (p. 7).

En outre, le demandeur n'a produit aucune pièce attestant de la résiliation de son abonnement de fitness durant son arrêt de travail, qui permettrait d'établir qu'il ne pratiquait effectivement plus de sport, contrairement aux données figurant dans le rapport d'expertise. De toute manière, à supposer même qu'il ait cessé le sport à cette époque, cela ne modifie en rien l'appréciation de l'expert selon laquelle les limitations invoquées ne se manifestaient pas de la même manière dans toutes les fonctions de la vie quotidienne. En effet, hormis le sport ou l'absence de sport (selon le demandeur), ce dernier, dont l'hygiène était irréprochable, s'occupait de ses filles, préparait leur petit-déjeuner, les accompagnait parfois à l'école, faisait les devoirs avec elles, se déplaçait en scooter ou en voiture, assumait de petites

tâches ménagères, effectuait les grosses courses au magasin, apportait également des courses à sa mère deux fois par mois, lisait beaucoup au sujet de l'architecture ou de la géopolitique, écrivait ses réflexions une trentaine de minutes par jour, rencontrait ses amis et connaissances, car il était très sociable, regardait un film, allait au restaurant avec sa femme ou discutait avec elle de leurs projets (p. 6-7). Si les activités en extérieur ont été préconisées dans le cadre de sa psychothérapie afin d'éviter l'isolement social et les idées suicidaires, comme le demandeur le fait valoir, force est d'admettre, avec l'expert, que celui-ci ne présentait pas, au moment de l'expertise, de symptômes anxieux ou dépressifs et que la psychothérapie, qui a eu un effet bénéfique, ne constituait de toute manière pas un obstacle à l'exercice de son activité professionnelle. Le fait que le demandeur se trouvait au moment de l'expertise sous l'effet d'un traitement anti-dépresseur susceptible (selon lui) de modifier temporairement son comportement et de donner l'apparence d'une stabilité émotionnelle évoque plutôt l'efficacité du traitement médicamenteux, avec un impact réel sur son état de santé, au vu des observations cliniques de l'expert.

Enfin, l'expert a bel et bien fait état de trois épisodes de décompensation psychique, en 2012, 2017 et 2022 (p. 3), et expliqué de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il s'écartait du diagnostic posé par les psychiatres traitants, au jour de l'expertise (p. 9-12).

4.2.3 Au vu de ce qui précède, le demandeur n'est pas parvenu à prouver que son incapacité de travail était due à la maladie (art. 3 ch. 3 1^{re} phrase des CGA) au-delà du 28 octobre 2024.

4.2.4 Dans son rapport complémentaire du 6 mai 2025, l'expert psychiatre s'est ensuite prononcé sur le rapport du 13 décembre 2024 des Drs C_____ et B_____, dans lequel était posé le nouveau diagnostic de trouble panique avec attaques de panique.

L'expert psychiatre a relevé que les médecins traitants ne contestaient pas les conclusions du rapport d'expertise du 2 novembre 2024 ; ils faisaient état d'une modification de l'état de santé du demandeur pour la période postérieure à cette expertise. Ils ne fournissaient toutefois pas un status psychiatrique complet (les renseignements sur le plan sémiologique et nosologique étaient rudimentaires). Le diagnostic de « trouble panique » n'était pas motivé. Il n'était pas démontré que l'anxiété paroxystique alléguée (dont la fréquence, la durée et l'impact fonctionnel n'étaient pas précisés) remplissait les critères formels d'attaques de panique.

L'expert psychiatre a expliqué que la simple présence d'attaques de panique ne justifiait pas le diagnostic de « trouble panique » ni d'un trouble mental. Une attaque de panique était un phénomène très peu spécifique (pour ne pas dire aspécifique). Le caractère induit des attaques de panique alléguées, qui seraient provoquées par un stress, lié à une dégradation de l'état de santé de la mère du demandeur, n'était pas un élément renforçant le diagnostic de « trouble panique ».

Au contraire, la pierre angulaire de ce trouble était l'apparition d'attaques de panique « inattendues », et non d'attaques de panique déclenchées par des facteurs externes, notamment par le stress.

L'expert a ajouté que le fait que la posologie du traitement anti-dépresseur a été augmentée ne justifiait pas de retenir le diagnostic de « trouble panique » allégué. Par ailleurs, l'apparition d'un « trouble panique » chez le demandeur, homme âgé de 50 ans, était peu probable. Il s'agissait d'un trouble anxieux qui apparaissait chez les personnes jeunes (la moyenne de l'âge du début du « trouble panique » était de l'ordre de 25 ans) et le DSM-5 indiquait explicitement que le début après l'âge de 45 ans était inhabituel. Or, les psychiatres traitants ne faisaient aucun commentaire au sujet de l'atypie du trouble allégué.

Force est de constater que le rapport des psychiatres traitants du 13 décembre 2024 est insuffisamment motivé pour justifier la reconnaissance d'une incapacité de travail dès cette date. Ils évoquent essentiellement des facteurs non médicaux, tels que la dégradation de l'état de santé de la mère du demandeur et les tensions conjugales, lesquels ne doivent pas être pris en compte pour déterminer la capacité de travail du demandeur. Les psychiatres traitants n'expliquent en particulier pas les motifs pour lesquels, en dépit de l'ajustement du traitement médicamenteux et de l'intensification du suivi psychologique, le demandeur présenterait des limitations fonctionnelles caractérisées, ni ne décrivent, cas échéant, quelles seraient ces limitations (qui induiraient une incapacité de travail).

En tant que le demandeur considère que le rapport d'expertise du 2 novembre 2024 contient notamment les éléments suivants : « sensation de saturation mentale, débordement émotionnel, sensation de trop-plein, anxiété, stress paralysant, spasmes, pics d'anxiété », entièrement compatibles avec le diagnostic de « trouble panique avec attaques de panique » retenu dans le rapport de ses psychiatres traitants du 13 décembre 2024, il émet sa propre appréciation qui ne suffit pas pour s'écarter des conclusions de l'expert psychiatre. D'autant moins que ces éléments existaient, d'après l'anamnèse, début juin (2024), soit avant l'entretien d'expertise (rapport du 2 novembre 2024 p. 4-5).

4.2.5 Pour le surplus, le demandeur n'a produit aucun rapport de ses psychiatres traitants qui remettrait en question les conclusions de l'expert psychiatre.

Le rapport médical de la Dre B_____ du 13 juin 2025, dans lequel elle se contente d'attester une reprise de l'activité habituelle à 20%, est insuffisamment motivé, de sorte qu'il ne suffit pas à établir l'incapacité de travail de 80% alléguée dès cette date.

De même, les certificats d'arrêt de travail établis pour la période litigieuse dès le 1^{er} décembre 2024, sans fournir aucune autre indication et motivation médicale, ne peuvent suffire à établir l'incapacité de travail invoquée.

4.2.6 La Cour de céans relève enfin que lors de l'audience des débats du 5 février 2026, le demandeur, assisté d'un avocat, n'a pas sollicité d'autres mesures

d'instruction que son audition (procès-verbal du même jour p. 1). Or, c'est le lieu de rappeler qu'en matière de litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, lorsque la partie est assistée d'un mandataire professionnel, comme en l'occurrence, le juge ne peut ordonner d'office des mesures d'instruction (consid. 3.1 *supra*), telles que l'audition des psychiatres traitants ou la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

5. La demande doit dès lors être rejetée. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge du demandeur (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]) ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande en paiement 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

Diana ZIERI

Karine STECK

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