

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/321/2023

ATAS/298/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 avril 2025

Chambre 9

En la cause

A_____

demandeur

représenté par Me Eric MAUGUÉ, avocat

contre

AXA ASSURANCES SA

défenderesse

représentée par Me Michel BERGMANN, avocat

Siégeant : Eleanor MCGREGOR, présidente ; Andres PEREZ et Michael RUDERMANN, juges assesseurs

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré), marié et père de deux enfants adultes, travaillait en qualité de directeur de la Fondation B_____ depuis le 1^{er} septembre 2014. À ce titre, il était assuré contre le risque de perte de gain auprès de AXA Assurances SA (ci-après : l'assurance).

b. Il a démissionné le 10 mars 2022 en avançant des raisons médicales.

c. L'employeuse a conclu avec l'assurance un contrat d'assurance perte de gain collective pour son personnel, avec effet dès le 1^{er} janvier 2021. Ce contrat prévoit en particulier qu'en cas de maladie, les cadres bénéficient d'indemnités journalières correspondant à 100% du salaire assuré durant 730 jours, sous déduction d'un délai d'attente de 30 jours. Il renvoie à des conditions générales d'assurance (ci-après : les CGA) dans leur version d'octobre 2018.

B. a. Dès le 18 octobre 2021, il a été en incapacité de travail totale. Il a perçu de l'assurance des indemnités journalières en cas de maladie à 80% à compter du 17 novembre 2021.

b. Selon un rapport médical du 11 novembre 2021, la docteure C_____, psychiatre FMH et médecin traitante de l'assuré, a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, anxiété généralisée et trouble panique.

c. Le 8 mars 2022, répondant à un questionnaire de l'assurance, la Dre C_____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F32.11), anxiété généralisée (F41.1) et trouble panique avec agoraphobie (F41.0). L'assuré était suivi à raison d'une séance par semaine et son traitement médical avait été augmenté. La seule amélioration perceptible était le fait que l'idéation suicidaire ne tenait pas dans la durée et n'était corrélée qu'au fait de projeter un retour dans une école, où il avait vécu un véritable harcèlement. En dehors de cela, il n'avait plus d'idéation suicidaire. Pour le reste de la symptomatologie, il ne s'était pas amélioré. La symptomatologie anxieuse était invalidante et aucune confrontation ne pouvait se faire sans provoquer des attaques de panique.

À la question de savoir si on pouvait s'attendre à une augmentation de la capacité de travail dans un avenir proche, la psychiatre a répondu négativement. L'assuré n'allait « vraiment pas bien actuellement » et présentait un niveau anxieux sévère associé à des troubles du sommeil. Chaque jour, il faisait des attaques de panique et utilisait pratiquement toutes ses réserves d'anxiolytiques, et cela en restant prostré chez lui. Il pensait ne plus pouvoir parvenir à exercer la moindre activité en lien avec son métier. Il ne parvenait à sortir de chez lui qu'accompagné par un membre de sa famille. Il ne supportait pas la moindre charge mentale.

L'incapacité de travail avait été déclenchée par un harcèlement professionnel continu et des difficultés répétées en lien avec des collègues malveillants.

d. Par rapport du 10 mars 2022, la Dre C_____ a complété son précédent rapport.

e. Le 19 avril 2022, sur demande de l'assurance, la docteure D_____, psychiatre et psychothérapeute, a rendu un rapport d'évaluation de l'incapacité de travail, après avoir examiné l'assuré le 12 avril 2022. Elle a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique et dépression (F32.11), évoluant depuis octobre 2021 et une anxiété généralisée (F41.1). Les symptômes dépressifs étaient incapacitants et les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : retrait social, comportement d'évitement, agoraphobie, sensation de vulnérabilité, d'insécurité, fragilité de l'estime de soi, perte de confiance en soi, tristesse de l'humeur, idées noires, sensation d'impasse. La capacité de travail était nulle, au vu de l'état général de l'assuré et le pronostic réservé. Elle proposait le maintien de la prise en charge, soit le suivi par un médecin psychiatre une fois par semaine ainsi qu'un traitement antidépresseur et anxiolytique conséquent, et une réévaluation dans les six mois.

f. Dans son rapport d'évaluation de l'incapacité de travail du 7 octobre 2022, rendu après avoir examiné l'assuré le 4 octobre 2022, la Dre D_____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10) et d'anxiété généralisée (F 41.1). L'échelle de dépression de Hamilton donnait un score de 20 et l'échelle « *hospital Anxiety and Depression* » était cotée au maximum. Son incapacité de travail était entière, et cela jusqu'au 31 décembre 2022. À compter du 3 janvier 2023, elle serait de 50%, puis nulle dès le 1^{er} février 2023. Au vu de l'évolution des troubles, on pouvait envisager une reprise progressive de la capacité de travail. Les troubles d'allure dépressive évoluaient favorablement mais restaient non stabilisés. Les troubles anxieux étaient persistants et étaient à l'origine d'une réduction du champ de fonctionnement de l'assuré. Des mesures de réadaptation progressive devaient être envisagées, mises en place par des mesures de détection précoce de l'assurance-invalidité. Ce type de programme permettrait d'apaiser les comportements d'évitement de l'assuré et de renforcer son estime de soi et sa confiance en soi. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : fatigue physique et psychique, fragilité des fonctions supérieures, comportements d'évitement et symptômes anxieux multiples. Le traitement antidépresseur mis en place avait permis une amélioration des troubles.

g. Par courrier du 12 octobre 2022, l'assurance a informé l'assuré qu'elle cesserait de verser des indemnités journalières à compter du 1^{er} février 2023. Au vu des conclusions de la Dre D_____, elle considérait qu'une capacité de travail de 50% était exigible dès le 1^{er} janvier 2023, et de 100% dès le 1^{er} février 2023.

h. Le 20 octobre 2022, la Dre C_____ a contesté les conclusions de la Dre D_____. Elle a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), syndrome d'épuisement professionnel lié à du harcèlement psychique (Z73.0), anxiété généralisée (F41.1), trouble panique avec agoraphobie (F41.0), tumeur maligne de la prostate opérée par tumorectomie partielle le 23 septembre 2022, diagnostiquée il y a seulement deux mois (C61). La médecin a relevé que, contrairement à ce qui était indiqué dans le rapport de la Dre D_____, celle-ci n'avait pas fait passer les tests Hamilton et HADS.

i. Dans un rapport médical du 1^{er} novembre 2022, la Dre C_____ a confirmé ses diagnostics précédents. L'assuré n'avait globalement pas évolué vers une amélioration de son état clinique. Lorsqu'il était à la maison, il présentait moins de symptômes anxieux, mais lorsqu'il était en dehors de sa zone de sécurité, il était rapidement envahi par la peur, l'angoisse. Il n'avait comme activité sociale que ses petits-fils, qu'il voyait une fois par semaine. Il avait un couple d'amis qu'il voyait environ une fois tous les deux mois. Il n'avait pas d'activités sociales ni loisirs. Son activité de dessin n'était pas porteuse de plaisir et de bien-être.

j. Le 3 novembre 2022, la Dre D_____ a relevé que les observations de la Dre C_____ ne permettaient pas de modifier sa dernière évaluation. Les critères d'un trouble dépressif sévère sans symptômes psychotiques n'étaient pas remplis chez un assuré qui s'était rendu en vacances l'été dernier, dans le sud de la France. Il avait pu profiter de son séjour. La seule limitation exprimée était en lien avec le diagnostic d'agoraphobie. Ce diagnostic ne correspondait toutefois pas à la situation clinique de la personne assurée. La prise en charge, malgré l'annonce d'un tel trouble, n'avait pas été à l'origine d'un changement des dosages de la thérapeutique mise en place, et ce depuis plusieurs mois. Cela était retenu comme une incohérence. La capacité de travail, lors du rendez-vous du 4 octobre 2022, avait été retenue selon l'évaluation psychiatrique et l'anamnèse de la personne assurée, soit son fonctionnement quotidien, son autonomie et son accès aux activités de loisir et de plaisir au quotidien, l'accès au dessin, l'accès aux vacances, l'entourage familial. Il était habituel d'envisager la mise en place de mesures de réinsertion professionnelle.

k. Par rapport médical du 13 janvier 2023, la Dre C_____ a relevé que la situation de l'assuré s'était encore péjorée en raison de l'annonce de la coupure des indemnités journalières. Il était encore plus anxieux et déprimé qu'avant les vacances de Noël. Sa fatigue chronique et sa fatigabilité pour toute tâche, son absence de concentration, de motivation et de degré d'anxiété lorsqu'il était confronté à toute pression de résultat faisaient qu'il avait un degré d'employabilité qui était nul et non exigible, aussi bien sur le court que sur le long terme. Depuis le début de l'année, il présentait à nouveau une idéation suicidaire ainsi qu'une exacerbation et péjoration de son état dépressif. L'intensité et la qualité de son anxiété étaient « dévastatrices », celle-ci étant exacerbée dans les moments de

confrontation avec le monde extérieur. Il faisait des attaques de panique à chaque fois qu'il sortait de sa maison. Cela, ajouté à une absence de plaisir, une démotivation, un découragement, une tristesse, une idéation suicidaire, un manque d'énergie, un ralentissement psychomoteur, une concentration quasi nulle, une fatigue et une fatigabilité importantes, rendaient la possibilité d'aller vers le monde de l'emploi inenvisageable.

- C. a.** Le 31 janvier 2023, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales) d'une demande à l'encontre de l'assurance, en concluant à la condamnation de celle-ci au paiement de CHF 37'638.- plus intérêts à 5% l'an dès le 10 juin 2022 (date moyenne), de CHF 8'576.77 plus intérêts à 5% l'an dès le 15 janvier 2023 (date moyenne), sous réserve d'amplification, le tout sous suite de dépens. À titre préalable, il a demandé son audition, ainsi que celle de la Dre C_____ et la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

Il occupait une fonction de cadre, si bien qu'il avait droit à des indemnités journalières correspondant à l'entier de son salaire assuré. Or, les indemnités journalières versées jusqu'alors ne correspondaient qu'au 80% de son salaire.

Les conclusions du rapport établi par la Dre D_____ le 7 octobre 2022 ne pouvaient être suivies. Ce rapport, lacunaire, comportait de nombreuses contradictions et ne revêtait aucune valeur probante. Sa capacité de travail était nulle, et ce pour une durée qu'il était impossible de déterminer. Durant le mois de janvier 2023, la défenderesse aurait dû lui verser des indemnités journalières en tenant compte d'une incapacité de travail de 100%, et non de 50%. Il se réservait le droit d'amplifier ses conclusions ultérieurement.

b. Le 1^{er} mai 2023, le demandeur a produit des pièces complémentaires et a amplifié ses conclusions, en ce sens que la défenderesse devait être condamnée à lui verser le montant de CHF 49'684.67 à titre d'indemnités journalières pour la période du 1^{er} janvier au 30 avril 2023. Il a produit un bordereau de pièces complémentaire, soit des rapports médicaux de la Dre C_____ des 10 mars 2022 (pièce 26), 1^{er} novembre 2022 (pièce 27) et 13 janvier 2023 (pièce 28).

c. Par courrier du 4 mai 2023, la défenderesse a informé la chambre de céans qu'une erreur s'était glissée dans les calculs effectués jusqu'à ce jour, si bien qu'elle verserait le montant de CHF 39'235.30 à l'assuré.

Elle a produit un courrier du 25 avril 2023 qu'elle avait adressé à l'assuré.

d. Par réponse du 12 mai 2023, la défenderesse a conclu à ce qu'il soit donné acte qu'elle versait à l'assuré la somme de CHF 39'235.30 et au rejet de la demande pour le surplus.

Les pièces 26 et 27 déposées le 1^{er} mai 2023 devaient être écartées de la procédure.

L'expertise de la Dre D_____ était bien fondée.

S'agissant du calcul des indemnités, du 16 novembre 2021 au 31 décembre 2022, l'assurance avait versé à l'assuré un montant de CHF 151'226.60 (soit CHF 168'286 /365 x 410 x 0.8), ce qui correspondait au 80% du salaire assuré. C'était toutefois par erreur qu'elle avait tenu compte d'une indemnisation à 80%. Le demandeur aurait dû percevoir un montant de CHF 189'033.60 (soit CHF 168'286 /365 x 410), correspondant au 100% du salaire assuré, si bien qu'elle lui devait CHF 37'807.-. S'agissant du mois de janvier 2023, le demandeur avait perçu le montant de CHF 5'717.35 (CHF 168'286 /365 x 15.5 x 0.8), alors qu'il aurait dû recevoir la somme de CHF 7'146.65 (CHF 168'286 /365 x 15.5). L'assurance lui devait ainsi le montant de CHF 1'428.30 pour cette période. Au total, elle devait à l'assuré le montant de CHF 39'235.30 pour la période du 16 novembre 2021 au 31 janvier 2023, sous réserve d'une éventuelle application de l'art. E13.1 des CGA.

Elle a sollicité l'audition de la Dre D_____.

e. Le 24 mai 2023, la défenderesse a informé la chambre de céans qu'elle avait versé la somme de CHF 39'235.30 à l'assuré.

f. Le 30 mai 2023, l'assuré a conclu à la condamnation de l'assurance au paiement de CHF 62'381.47 plus intérêts à 5% l'an dès le 15 mars 2023 (date moyenne), sous réserve d'amplification, au titre d'indemnités journalières du 1^{er} janvier au 31 mai 2023. À titre préalable, il a demandé la production du dossier de l'assuré, son audition, ainsi que celle de la Dre C_____, une confrontation entre celle-ci et la Dre D_____ et la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Les pièces 26 et 27 n'avaient pas à être écartées du dossier.

Il a produit un projet de décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) du 8 mai 2023, lui accordant une rente entière à compter du 1^{er} octobre 2022, ainsi que l'avis du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 3 mai 2023, retenant une incapacité durable de travail de l'assuré depuis le 18 octobre 2021. Selon la médecin du SMR, autant les symptômes dépressifs sévères que le trouble anxieux restaient très actifs, et ce malgré un suivi psychiatrique *lege artis*. La défenderesse pourrait, le cas échéant, s'adresser directement à l'OAI pour obtenir l'éventuelle compensation due, lorsqu'une décision de rente aura été rendue.

g. Le 30 juin 2023, la chambre de céans a tenu une audience de débats d'instruction, lors de laquelle l'assuré a amplifié ses conclusions, demandant l'octroi d'indemnités journalières à hauteur de CHF 76'214.47, sollicité l'audition de la Dre C_____, ainsi qu'une confrontation avec la Dre D_____, et renoncé à la production par l'assurance de son dossier. L'assurance a quant à elle sollicité l'audition de la Dre D_____, produit des déterminations sur les allégués complémentaires et a renoncé à la conclusion visant à écarter les pièces 26 à 28 demandeur.

Lors de l'audience de comparution personnelle du même jour, l'assuré a indiqué avoir subi les critiques de ses collègues qui remettaient en question ses décisions. Le « coup de grâce » s'était produit en 2021 lorsque l'ensemble de l'équipe s'était associé dans une organisation professionnelle dont il ignorait le but. Il n'avait pas compris la tournure des événements. S'agissant de son état actuel, il n'avait pas d'envie, subissait une fatigue générale, était apathique, dormait durant la journée et avait beaucoup de difficultés à sortir de chez lui. Sa venue à l'audience avait été très éprouvante. Il bénéficiait d'un entourage aidant, soit sa femme et ses filles. Il se sentait bien à la maison. Lorsqu'il sortait de chez lui, il lui arrivait d'avoir des crises d'angoisse, qui se manifestaient par des contractions musculaires et des maux de ventre sévères. Il prenait des médicaments pour s'endormir. S'agissant de sa libido, c'était le « néant complet » depuis deux ans. À son avis, la Dre D_____ ne lui avait pas posé de questions à ce sujet. Le cancer de la prostate avait été une épreuve très difficile.

Entendue en qualité de témoin, la Dre D_____ a confirmé avoir reçu l'assuré en entretien à deux reprises. En avril 2022, elle avait constaté que l'assuré « allait très mal physiquement et psychologiquement ». À ce stade, il s'agissait de laisser le traitement agir et de refaire le point six mois après. En octobre 2022, elle avait constaté une évolution favorable. Son discours était plus fluide, concentré et très précis. Ses démarches pour quitter son emploi avaient abouti, ce qui était une étape favorable. Il s'agissait d'une démarche thérapeutique importante selon le procédé établi par sa psychiatre traitante. Elle avait constaté un intérêt positif pour les loisirs, l'assuré étant parti en vacances et avait eu du plaisir à voir du monde et participer à la vie sociale familiale (apéritifs, repas, soirées), ainsi qu'une évolution s'agissant de son intérêt pour le dessin. Alors qu'en avril 2022, il s'agissait d'une activité plutôt occupationnelle, en octobre 2022, cette activité lui « faisait du bien ». Elle avait également ressenti un intérêt plus marqué pour les moments en famille, les enfants et les petits-enfants ; l'assuré avait du plaisir à les recevoir et n'était plus en retrait alors qu'en avril, il était isolé de la famille. Il était venu seul à l'entretien alors qu'en avril 2022 il avait été accompagné. Elle avait également constaté l'absence de modification dans la médication et de recours à des intervenants supplémentaires, ce qui plaidait en faveur d'une évolution positive. Elle contestait le critère de sévérité retenu par la Dre C_____, précisant n'avoir constaté que la fatigabilité sur les trois facteurs généralement pris en considération (tristesse de l'humeur, fatigabilité et intérêts). Le diagnostic de dépression avait évolué positivement mais le trouble anxieux était encore bien présent et dominant. L'incapacité de travail de l'assuré était dû en grande partie à ce trouble anxieux qu'elle avait qualifié de moyen à sévère. C'était ce trouble qui pouvait évoluer favorablement en quelques mois grâce aux outils de traitement déjà mis en place et à l'intervention précoce de l'assurance-invalidité. Les troubles anxieux étaient rarement incapacitants et, au vu de l'évolution de l'assuré entre avril et octobre, il devait y avoir une évolution favorable d'ici janvier 2023.

La Dre C_____ a été entendue en qualité de témoin le 22 septembre 2023. Elle a confirmé être la psychiatre traitante de l'assuré depuis 2007, ce dernier ayant eu une première décompensation dépressive et anxieuse, qui avait entraîné un suivi jusqu'en 2011 à raison d'une séance par semaine. Depuis octobre 2021, leurs séances avaient lieu en principe une fois par semaine. Dans son diagnostic de novembre 2022, elle avait retenu le critère de sévérité en raison de l'opération au niveau de la prostate intervenue en octobre 2022, de l'annonce de perte de salaire et de la dépendance envers sa femme. S'agissant du traitement médicamenteux, elle avait déjà essayé trois autres médicaments qui avaient eu des effets secondaires indésirables. Seule la Paroxétine avait été capable de bloquer ses crises de panique sans provoquer d'effet secondaire. Elle n'avait donc pas voulu changer de médication. Il était toutefois réducteur de se concentrer uniquement sur les médicaments, car ce n'étaient pas forcément eux qui posent problème. Dans le cas de l'assuré, la situation en elle-même était anxiogène. Il ne pouvait être confronté à l'extérieur et aux attentes de tiers. Elle avait effectué de l'hypnose médicale, qui, même si cela lui faisait du bien, ne réglait pas ses troubles. Elle avait également tenté la thérapie EMDR, mais celle-ci lui causait beaucoup de difficultés, de sorte qu'elle y avait renoncé. La démission de l'assuré devait être considérée comme un acte de survie. Cela ne signifiait dans tous les cas pas qu'il pouvait prendre des décisions et les mettre en acte. Ses idées suicidaires l'inquiétaient beaucoup. Il en avait déjà eu en 2007 et celles-ci étaient revenues en 2023, en lien avec sa perte de salaire, sa dépendance par rapport à sa femme et son état de santé général.

À l'issue de ce témoignage, les Dres D_____ et C_____ ont été entendues en confrontation. La Dre D_____ a précisé que s'agissant du traitement médical en lien avec l'épisode dépressif et les troubles anxieux, elle s'était référée au protocole de la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (SSPP) sur la prise en charge de ces troubles. Selon celui-ci, s'il n'y avait pas d'amélioration dans les trois à quatre semaines, une prise en charge concrète était proposée. Lorsqu'elle avait pris connaissance de la contestation de la Dre C_____ de novembre 2022, qui décrivait une évolution défavorable de l'état de santé de l'assuré, elle avait été surprise de voir qu'aucune modification du traitement n'était intervenue. La Dre C_____ a répondu que, dans le cas de l'assuré, qui présentait des troubles mictionnels, la plupart des antidépresseurs et stabilisateurs d'humeur pouvaient entraîner des troubles additionnels sur ce plan. Elle n'avait donc pas souhaité ajouter d'autres médicaments et encore moins des antipsychotiques, dans la mesure où il supportait bien sa molécule. La Dre D_____ a contesté ce point, relevant que très peu d'antidépresseurs provoquaient ce genre d'effets secondaires sur les troubles mictionnels.

La Dre D_____ a confirmé avoir constaté une évolution favorable de l'épisode dépressif du demandeur, étant précisé que celle-ci était naturellement favorable en cas de suivi d'une médication adaptée. S'agissant des troubles anxieux, la thérapie

était cognitive et comportementale, ce qui implique une exposition progressive dans le domaine du travail. Cela permettait à la personne d'améliorer son état de santé. Ainsi, les mesures de réinsertion professionnelle constituaient un outil d'amélioration des troubles anxieux. Pour évaluer la possibilité de retourner dans son emploi habituel ou dans une activité adaptée, les mesures de réadaptation étaient très utiles, car elles impliquaient des observateurs qui accompagnent les patients.

La Dre C_____ a précisé que renseignements pris auprès de l'OAI, il n'entrerait pas en matière sur une mesure de réadaptation en raison de l'état clinique de l'assuré.

S'agissant des tests HADS et Hamilton, la Dre C_____ a relevé que les résultats obtenus par la Dre D_____ étaient contradictoires, dans la mesure où les tests évaluent les mêmes notions. La Dre D_____ a répondu que ces tests n'avaient pas de valeur diagnostique et qu'il n'y avait aucune incohérence dans les résultats.

Interpellée par la Dre C_____ sur la question de la diminution marquée de la libido, la Dre D_____ a expliqué que sa réponse « non » figurant dans son rapport du 4 octobre 2022 était une coquille qui ne correspondait pas aux notes qu'elle avait prises pendant l'entretien. Cette information ne changeait toutefois rien à ses conclusions. La Dre C_____ a contesté ce point, relevant que cela avait une influence sur l'anhédonie et l'aboulie

À l'issue de l'audience d'enquêtes, le demandeur a produit la décision de l'assurance-invalidité, amplifié ses conclusions (CHF 114'946.87, plus intérêts à 5% l'an dès le 11 mai 2023) et maintenu sa conclusion tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Les parties ont sollicité des plaidoiries finales écrites.

h. Par ordonnance du 7 décembre 2023, la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique de l'assuré et confié la mission d'expertise au docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Le dossier contenait des divergences médicales importantes se rapportant à la substance des diagnostics médicaux et à leurs effets sur la capacité de travail du demandeur.

i. Le 13 septembre 2024, le Dr E_____ a rendu son rapport d'expertise, qui se fondait sur un entretien avec le demandeur. L'expert a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble d'anxiété généralisée, agoraphobie et trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, sans symptômes psychotiques. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité jusqu'au début de l'année 2024. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail s'élevait à 50% dès le début de l'année 2024.

j. Le 15 octobre 2024, l'assuré a indiqué que l'expertise judiciaire répondait aux requisits jurisprudentiels et devait se voir pleine valeur probante. Il concluait à ce que la défenderesse soit condamnée à lui verser le montant de CHF 126'013.27, pour la période jusqu'au 17 octobre 2023, avec intérêts à 5% l'an dès le 26 mai

2023 (date moyenne), ainsi que des dépens de CHF 12'460.-, hors débours et TVA.

k. Le 18 novembre 2024, l'assurance a sollicité la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Se référant à une évaluation rendue par la Dre D_____ le 14 octobre 2024, elle a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr E_____. L'anamnèse était incomplète, les diagnostics n'étaient pas suffisamment discutés et l'expertise ne répondait pas aux lignes directrices d'une expertise psychiatrique.

l. Le 2 décembre 2024, l'assuré a relevé que la détermination de l'assurance était tardive et s'est opposé à toute nouvelle expertise, précisant que le rapport de la Dre D_____ se limitait à des considérations théoriques infondées et éloignées du dossier.

m. Le 12 décembre 2024, l'assurance a relevé que l'assuré ne démontrait pas le bien-fondé de l'activité déployée et que le montant réclamé à titre de dépens était trop élevé par rapport à ce qui était usuellement octroyé en la matière.

n. Le 16 décembre 2024, l'assurance a contesté le caractère tardif de sa détermination du 18 novembre 2024 et persisté dans sa demande de mise en œuvre d'une nouvelle expertise, relevant qu'il était douteux qu'une confrontation entre la Dre D_____ et le Dr E_____ puisse conduire à une position unanime entre les médecins.

o. Le 16 janvier 2025, la chambre de céans a invité les parties à transmettre leurs plaidoiries finales écrites.

p. Le 7 février 2025, l'assurance s'est référée à ses précédentes écritures. S'agissant des dépens, elle contestait que ceux-ci soient augmentés de 10%, la procédure ne le justifiant pas.

q. Le 13 février 2025, l'assuré a conclu à ce que l'assurance soit condamnée à lui verser les montants de CHF 7'147.45, plus intérêts à 5% l'an dès le 31 janvier 2023, correspondant aux indemnités journalières complémentaires pour le mois de janvier 2023, de CHF 119'424.90, plus intérêts à 5% l'an dès le 10 juin 2022 [*recte* : 2023] (date moyenne), correspondant aux indemnités journalières du 1^{er} février au 17 octobre 2023 à raison de CHF 461.1 x 259 jours. Il a conclu à l'octroi de dépens de CHF 13'706.-.

r. Le 5 mars 2025, invoquant son droit inconditionnel à la réplique, l'assurance a relevé que les indemnités journalières de l'assuré avaient pris fin le 18 septembre 2023, et non le 18 octobre 2023, comme il le faisait valoir. À supposer que l'assuré ait droit à des indemnités journalières, les prestations de l'assurance-invalidité devraient venir en imputation des montants dus par l'assurance. Le montant maximum dû par l'assurance s'élèverait à CHF 82'828.35 (soit CHF 7'147.45 [indemnités journalières pour le mois de janvier 2023] + CHF 105'591.90 [indemnités journalières pour la période du 1^{er} février au 18 septembre 2023] – CHF 29'911.- [prestations de l'assurance-invalidité]).

s. Le 12 mars 2025, l'assuré a relevé que, compte tenu de son droit à 700 jours d'indemnités journalières et du fait que son incapacité de travail a débuté le 18 octobre 2021, l'assurance était tenue de prester à compter du 16 novembre 2021 jusqu'au 18 octobre 2023 (soit 45 jours en 2021, 365 jours en 2022 et 290 jours en 2023). Il percevait une rente d'invalidité de CHF 2'336.- depuis le 1^{er} octobre 2022 et de CHF 2'394.- depuis le 1^{er} janvier 2023. L'assurance s'était subrogée à raison de CHF 9'402.-. Il lui appartiendrait de procéder à un calcul d'une éventuelle surindemnisation, mais cela dépassait le cadre du litige, ses allégués étant intervenus après les plaidoiries finales.

t. Les parties ont été informées que le cause était gardée à juger.

u. Le 28 mars 2025, invoquant à nouveau son droit inconditionnel à la réplique, l'assurance a confirmé que, si la maladie du demandeur était avérée, les prestations prendraient fin le 18 octobre 2023. La date du 18 septembre 2023, mentionnée dans sa précédente écriture, relevait d'une « faute de plume ». Procédant à nouveau au calcul des prestations, elle a retenu que celles-ci s'élèveraient au maximum à CHF 103'636.35, étant précisé qu'elle avait perçu CHF 9'402.- de l'assurance-invalidité pour la période du 1^{er} octobre 2022 au 31 janvier 2023.

EN DROIT

1. Les questions de la compétence de la chambre de céans et de la recevabilité de la demande ont d'ores et déjà été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 7 décembre 2023, de sorte qu'il suffit de déclarer la demande recevable.

2. Se pose en premier lieu la question du droit applicable.

2.1 Les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance maladie sociale, 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) comme en l'espèce, sont instruits selon les règles du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272).

La LCA a fait l'objet d'une révision entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (RO 2020 4969 ; RO 2021 357 ; FF 2017 4767). Il découle de la disposition transitoire relative à la modification du 19 juin 2020 que seules les prescriptions en matière de forme (let. a) et le droit de résiliation au sens des art. 35a et 35b (let. b) s'appliquent aux contrats qui ont été conclus avant l'entrée en vigueur de la modification du 19 juin 2020. S'agissant des autres dispositions de la LCA, elles s'appliquent uniquement aux nouveaux contrats (FF 2017 4767, p. 4812).

2.2 Dès lors que le contrat entre la défenderesse et l'ancienne employeuse du demandeur a été conclu avant le 1^{er} janvier 2022 et que l'objet du litige ne porte ni sur des prescriptions en matière de forme, ni sur le droit de résiliation au sens des

art. 35a et 35b LCA, les dispositions de la LCA antérieures à la modification du 19 juin 2020 sont applicables. C'est donc la LCA dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 qui sera citée ci-après.

3. Le demandeur conteste la recevabilité de la détermination de la défenderesse du 18 novembre 2024.

3.1 À teneur de l'art. 142 al. 1 CPC, les délais déclenchés par la communication ou la survenance d'un événement courent dès le lendemain de celles-ci. Si le dernier jour est un samedi, un dimanche ou un jour férié reconnu par le droit fédéral ou le droit cantonal du siège du tribunal, le délai expire le premier jour ouvrable qui suit (al. 3).

La solution de l'art. 142 al. 3 CPC entraîne le report de tous les délais de procédure. Cette disposition s'applique ainsi si le juge impartit un délai judiciaire à une date déterminée se trouvant être un jour férié (Denis TAPPY, Commentaire du CPC, n. 6 et 25 ad art. 142 CPC).

3.2 En l'occurrence, par pli du 15 octobre 2024, la chambre de céans a accordé à la défenderesse une prolongation au 16 novembre 2024. Dans la mesure où il s'agit d'un samedi, le délai a été reporté au lundi 18 novembre 2024, si bien que l'écriture est intervenue en temps utile.

4. Le demandeur prétend à un solde d'indemnités journalières pour le mois de janvier 2023, ainsi qu'à des pleines indemnités dès le mois de février 2023. Est donc litigieuse sa capacité de travail dès janvier 2023. C'est le lieu de préciser que les parties s'accordent à dire que les indemnités journalières sont dues à hauteur de 100% du salaire assuré. Devant la chambre de céans, la défenderesse a admis avoir commis une erreur en versant les indemnités journalières du demandeur à hauteur de 80% du salaire assuré. Elle a ainsi complété les indemnités journalières en conséquence et versé au demandeur la somme de CHF 39'235.30. Le demandeur a réduit ses prétentions pécuniaires dans cette mesure, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ce point.

4.1 À teneur de l'art. 243 al. 2 let. f CPC, la procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), indépendamment de la valeur litigieuse.

Il en résulte que le tribunal établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). Il s'agit donc d'un cas où une disposition spéciale instaure la maxime inquisitoire, en lieu et place de la maxime des débats (ATF 138 III 625 consid.2.1). Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_541/2010 du 16 juillet 2010 consid. 1). Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs

objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaisir l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

4.2 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 ; ATF 130 III 321 consid. 3.1 ; ATF 129 III 18 consid. 2.6 ; ATF 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c ; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c ; ATF 119 III 60 consid. 2c ; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa).

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).

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).

4.3 La preuve de la survenance d'un sinistre et de l'étendue de la prétention incombe à son prétendu ayant droit (ATF 130 III 321 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_193/2008 du 8 juillet 2008 consid. 2.1.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 4D_73/2007 du 12 mars 2008 consid. 2.2 ; ATAS/325/2019 du 15 avril 2019 consid. 9).

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).

Cependant, par un arrêt du 31 août 2021, le Tribunal 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 la preuve stricte (ATF 148 III 105, consid. 3.3.1). Le degré de preuve ordinaire s'applique à l'incapacité de travail, laquelle peut être prouvée par un certificat correspondant. Une certitude absolue n'est pas nécessaire, mais le juge ne doit plus avoir de doutes sérieux ; les éventuels doutes qui subsistent doivent apparaître légers (cf. arrêt du Tribunal fédéral 5A_53/2022 du 14 février 2023). Cette précision de jurisprudence concerne le droit matériel et est donc directement applicable (ATF 146 I 105 consid. 5.2.1 ; ATF 140 IV 154 consid. 5.2.1), y compris au présent litige.

4.4 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. Une expertise privée n'est en revanche pas un moyen de preuve mais une simple allégation de partie (ATF 141 III 433 consid. 2.5.2 et 2.5.3). Lorsqu'une allégation de partie est contestée de manière circonstanciée par la partie adverse, une expertise privée ne suffit pas à prouver une telle allégation. En tant qu'allégation de partie, une expertise privée peut, combinée à des indices dont l'existence est démontrée par des moyens de preuve, amener une preuve. Toutefois, si elle n'est pas corroborée par des indices, elle ne peut être considérée comme prouvée en tant qu'allégation contestée (arrêt du Tribunal fédéral 4A_626/2015 du 24 mai 2016 consid. 2.5). Les déclarations orales d'un expert privé entendu comme témoin ne sauraient conférer une valeur de preuve aux allégations contenues dans son rapport (arrêt du Tribunal fédéral 5D_59/2018 du 31 août 2018 consid. 4.2.3 et les références).

Concernant plus particulièrement l'appréciation du résultat d'une expertise, le juge n'est en principe pas lié par le rapport de l'expert, qu'il doit apprécier en tenant compte de l'ensemble des autres preuves administrées. S'il entend s'en écarter, il doit motiver sa décision et ne saurait, sans motifs déterminants, substituer son

appréciation à celle de l'expert, sous peine de verser dans l'arbitraire (ATF 129 I 49 consid. 4). De tels motifs déterminants existent notamment lorsque l'expertise contient des contradictions, lorsqu'une détermination ultérieure de son auteur vient la démentir sur des points importants, lorsqu'elle contient des constatations factuelles erronées ou des lacunes, voire lorsqu'elle se fonde sur des pièces dont le juge apprécie autrement la valeur probante ou la portée (ATF 110 Ib 52 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4D_8/2008 du 31 mars 2008 consid. 3.2.1).

4.5 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. Cette disposition s'applique aux procédures en cours à l'entrée en vigueur de sa modification (art. 407f CPC).

4.6 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 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).

4.7 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Un expert psychiatre doit se voir reconnaître une certaine marge d'appréciation dans l'évaluation de l'incapacité de travail dès lors qu'un tel examen médical est par essence en partie une question d'appréciation (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; ATF 130 V 352 consid. 2.2.4).

- 5.** En l'espèce, afin de déterminer la capacité de travail du demandeur, la chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire psychiatrique, qu'elle a confiée au Dr E_____, lequel a rendu son rapport d'expertise le 13 septembre 2024.

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

5.1 La chambre de céans relève que le rapport du Dr E_____ remplit toutes les exigences jurisprudentielles précitées pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Se fondant sur un entretien avec le demandeur, une étude des pièces au dossier et des échelles psychométriques, il a établi une anamnèse détaillée, a rapporté les plaintes de l'assuré et son status clinique. Il motive ensuite de manière circonstanciée les diagnostics retenus, leur date d'apparition et degré de gravité et décrit les limitations fonctionnelles et les ressources de l'assuré. Enfin, l'expert répond de manière précise et complète aux questions qui lui ont été soumises dans le cadre de son mandat d'expertise judiciaire.

Sur le fond, l'évaluation met en évidence un trouble anxieux généralisé : il est relevé un sentiment d'appréhension générale avec une crainte focalisée sur la sphère professionnelle (milieu scolaire) s'étendant progressivement au contexte social. Il est décrit des crispations et un malaise à l'évocation de ces sujets. Selon l'expert, l'assuré peint également un tableau compatible avec une agoraphobie : il est relevé des comportements d'évitement, de majoration de l'angoisse à l'évocation de l'extérieur et de la foule et l'apaisement lorsqu'il est accompagné d'un proche. Il nourrit une dévalorisation personnelle et des doutes qui lui font remettre en question ses facultés d'adaptation et de gestion des imprévus. L'anxiété généralisée et l'agoraphobie, d'une intensité moyenne à sévère, sont apparus le 18 octobre 2021, date de la mise en arrêt pour raisons médicales.

L'assuré répond également à deux critères majeurs de la dépression : abaissement de l'humeur et diminution de l'activité. Il éprouve du plaisir dans le dessin ainsi qu'à s'occuper de ses petits-enfants. Il présente trois symptômes mineurs ; diminution de confiance en soi, idées de culpabilité avec dévalorisation et troubles du sommeil. L'expert qualifie la perte de confiance en soi et les difficultés d'endormissement de sévère. Après un premier épisode apparu en 2007, le second et actuel date d'octobre 2021. Au départ, l'intensité était suffisamment sévère pour entraîner un arrêt de travail complet. Il a ensuite évolué favorablement et

peut être considéré comme étant modéré depuis le début de l'année 2024, l'assuré reconnaissant lui-même qu'il s'investit davantage dans les tâches ménagères.

L'expert exclut l'exagération des symptômes, expliquant que l'assuré a des perceptions et des interprétations différentes. Pour les troubles anxieux, les limitations fonctionnelles comprennent des ruminations mentales entraînant doutes, appréhensions et saturation cognitive avec aboulie, difficultés de gestion et d'organisation professionnelles, évitement et fuite de certains lieux et des affluences, ainsi que des relations interpersonnelles, focalisation de l'anxiété sur la sphère scolaire et l'affluence et sensibilité au stress et aux imprévus avec difficultés d'adaptation. Pour la dépression, les limitations fonctionnelles comprennent la dévalorisation personnelle avec atteinte de l'assertivité et difficultés d'intégration dans un groupe et limitation des capacités d'adaptation, intolérance au stress et tendance à l'isolement. Sur l'ensemble de ces limitations, les 75% sont imputables aux troubles anxieux et les 25% à la dépression. Les ruminations mentales, la sensibilité au stress et les appréhensions personnelles constituent, selon l'expert, le principal facteur limitant.

L'expert relève que le tableau clinique est cohérent avec les diagnostics retenus. Les activités sociales sont demeurées limitées et restreintes. L'assuré peint un isolement social par ses limitations fonctionnelles, mais duquel il tente de s'extirper progressivement. Il est ainsi parvenu à monter une exposition de ses œuvres artistiques. L'évolution est ainsi encourageante et favorable. Il bénéficie de ressources personnelles suffisantes : il est autonome et parvient à gérer les tâches ménagères depuis le début 2024, se rend au courses en respectant ses limitations. Il passe ses journées en solitaire, semble isolé socialement et son réseau relationnel est limité au cercle familial ainsi qu'à quelques amis.

L'expert explique que l'assuré répond largement à la description théorique du « Haut potentiel » : la sur-efficience exerce une influence négative sur le trouble mental, tant dans ses limitations que sur son évolution. Ce fonctionnement le rend fragile aux sur-stimulations et aux sollicitations excessives.

Ainsi, tenant compte de l'ensemble de ces éléments, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité jusqu'au début de l'année 2024. Dans une activité adaptée, il avait recouvré une capacité de travail de 50% dès le début de l'année 2024, en particulier sur le plan de la dépression, où l'évolution était encourageante.

Force est donc de constater que les conclusions du Dr E_____ sont sérieusement motivées, convaincantes et dépourvues de contradictions ou d'incohérences, de sorte que la chambre de céans ne saurait s'en écarter sans motif valable.

5.2 Devant la chambre de céans, la défenderesse conteste la valeur probante de l'expertise.

Elle relève en premier lieu que l'anamnèse serait incomplète en tant qu'elle ne mentionne rien sur l'histoire personnelle de l'assuré depuis le début de sa vie, ses

relations familiales et son épanouissement personnel depuis son enfance, son rapport au monde et sa scolarité. La défenderesse n'indique toutefois pas quel élément particulier du parcours du demandeur, ayant une influence déterminante sur les diagnostics retenus, aurait été occulté par l'expert. On ne trouve d'ailleurs au dossier, en particulier dans les pièces médicales, aucun indice d'un élément essentiel qui n'aurait pas été pris en compte dans la réflexion de l'expert. Il est d'ailleurs piquant de constater que, dans son avis du 14 octobre 2024, la Dre D_____ critique l'absence d'histoire personnelle de l'assuré, jugeant celle-ci « fondamentale » pour établir l'impact des troubles psychiatriques sur la capacité de travail de l'assuré, alors même que ses rapports « de plausibilisation de la capacité de travail » de l'assuré des 19 avril et 7 octobre 2022 n'en font aucunement mention.

L'intéressée critique ensuite la partie de l'expertise consacrée au « profil de personnalité » de l'assuré, la considérant « peu étayée ». Force est toutefois de constater que si l'expert a exclu un trouble de la personnalité, il a dûment expliqué les raisons pour lesquelles il retenait un mode de fonctionnement particulier de type « sur-efficent ». Il a également décrit, de manière convaincante, l'influence de ce mode de fonctionnement sur les diagnostics retenus. Ensuite, et contrairement à ce que soutient la défenderesse, l'expert a dûment expliqué les raisons pour lesquelles il estimait que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée dès le début de l'année 2024. Il a notamment relevé que, pour le trouble anxieux, l'assuré présentait des limitations fonctionnelles suffisamment importantes pour entraîner une incapacité de travail durable dans tout milieu scolaire et en groupe depuis le 18 octobre 2021. Dans une activité adaptée, son incapacité de travail était toutefois de 50% dès le début de l'année 2024. Il a expliqué que pour le trouble anxieux, les limitations fonctionnelles restaient importantes alors que pour la dépression, son évolution se révélait plus encourageante. L'augmentation du traitement médicamenteux, ainsi que le détachement avec le milieu scolaire, avaient permis une timide amélioration, surtout durant l'été 2022. Cette amélioration avait été contrariée en début d'année 2023 à la suite d'événements extérieurs, soit l'arrêt des indemnités et l'intervention chirurgicale, imposant une nouvelle augmentation du traitement médicamenteux en mars 2023. Un apaisement plus manifeste se dégageait depuis le début de l'année 2024, l'assuré admettant être plus actif au sein du foyer et s'occuper davantage de ses petits-enfants.

La défenderesse critique les réponses données par l'expert aux questions 11.1, 11.2, 11.3, 11.4, 11.5, 11.6 et 11.7 de l'ordonnance s'agissant de son avis sur l'appréciation de la Dre D_____. L'expert a toutefois mis en évidence certaines incohérences dans les explications données par la médecin et motivé sa propre position de manière convaincante et pertinente. Il a notamment relevé que la Dre D_____ retenait les trois symptômes majeurs de la dépression, de même que

six symptômes mineurs, dont certains étaient sévères. Son appréciation présentait ainsi une incohérence quant à l'intensité de la dépression, qui était sévère et non modérée. C'est le lieu de préciser que cette appréciation rejoint en partie celle de la Dre C_____, qui, dans ses rapports des 11 novembre 2021 et 20 octobre 2022, avait retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. S'agissant ensuite de l'évolution des troubles objectivés, l'expert a considéré qu'il était « hasardeux » de la part de la Dre D_____ d'envisager une reprise totale dès février 2023 alors que les limitations fonctionnelles et les troubles dépressifs étaient décrits comme « non stabilisés ». Il a expliqué que l'évolution de toute dépression était multifactorielle et ne se limitait pas à la seule médication ; elle dépendait de la présence ou non de comorbidités, de traits de personnalités, de l'origine de la dépression ou du maintien de l'élément l'ayant déclenchée, de la génétique et de l'hérédité, du soutien social et de l'absence de stress environnant. Il était donc réducteur de ramener l'évolution favorable au seul traitement pharmacologique, comme le faisait la Dre D_____. Quant au traitement médicamenteux, l'expert a dûment expliqué qu'un changement n'était pas nécessaire dans le cas du recourant puisqu'un début d'amélioration et un apaisement avait été constaté. Or, un changement de médicament n'était indiqué qu'après un traitement de plusieurs semaines à la dose optimale et sans amélioration significative. En tant que, se fondant sur les lignes directrices émanant de la Société suisse de psychiatrie d'assurance, la défenderesse critique le choix du médicament prescrit, il convient de relever que celles-ci n'ont que le caractère de recommandations et non celui d'une norme légale contraignante (arrêts du Tribunal fédéral 9C_538/2015 du 25 février 2016 consid. 5.2 ; 8C_945/2009 du 23 septembre 2010 consid. 5 et les arrêts cités). Comme indiqué, la question de la force probante de l'expertise doit être tranchée à la lumière des critères posés par la jurisprudence (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a). Or, en l'occurrence, l'expert a présenté de façon claire et détaillée les raisons qui le conduisaient à retenir que la pharmacothérapie était adaptée à sa situation, la stratégie adoptée étant, selon lui, conforme aux usages habituels.

Pour le reste, la défenderesse se contente d'opposer l'appréciation de la Dre D_____ à celle de l'expert. Il sied toutefois de rappeler que, selon la jurisprudence, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2). La position de la Dre D_____ est essentiellement fondée sur ses précédents rapports médicaux, lesquels avaient déjà été remis en cause par le demandeur et sa médecin traitante et ont valablement été infirmés dans le cadre de l'expertise judiciaire. Le fait que le Dr E_____ ait réalisé son expertise postérieurement à la période d'incapacité de travail du demandeur est dans la plupart des cas inhérent à l'expertise judiciaire. Il a cependant pu faire une analyse bien motivée de toute la période d'incapacité et du processus de guérison. Son avis est d'ailleurs corroboré par l'avis médical de la médecin du SMR. Quant au fait que la CIM-11 n'aurait pas été encore en vigueur au moment de l'examen de l'expert, la

chambre de céans a déjà eu l'occasion de préciser qu'il ne s'agissait pas d'un élément pertinent puisque cette nouvelle classification était simplement plus précise et à jour sur les connaissances médicales (ATAS/494/2023 du 26 juin 2023 consid. 5.3.3). Ce qui importe en réalité, que ce soit sous l'aune de l'ancienne ou de la nouvelle classification médicale, c'est l'identification des symptômes psychiatriques du demandeur, les limitations fonctionnelles qu'ils entraînent et leur impact sur sa capacité de travail durant la période litigieuse.

Dans la mesure de ce qui précède, il n'existe pas d'élément susceptible d'ébranler sérieusement la crédibilité des conclusions du Dr E_____, de sorte que son expertise doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

5.3 La chambre de céans se rallie donc aux conclusions de l'expertise judiciaire et retient que le demandeur, en raison d'un trouble d'anxiété généralisée, d'une agoraphobie et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, sans symptômes psychotiques, présentait une incapacité de travail totale et dans toute activité du 18 octobre 2021 jusqu'au début de l'année 2024.

6. Reste à déterminer l'étendue et la quotité du droit aux indemnités journalières.

6.1 Il n'est pas contesté qu'en sa qualité de cadre, le demandeur bénéficie d'indemnités journalières correspondant à 100% du salaire assuré durant 730 jours, moins le délai d'attente de 30 jours, soit 700 jours. Dans la mesure où, selon les pièces au dossier, en particulier le décompte des indemnités journalières versées par l'assurance (pièce 6 défenderesse), les indemnités journalières ont été versées à compter du 17 novembre 2021, le demandeur a droit à leur versement jusqu'au 17 octobre 2023 (soit 45 jours en 2021, 365 jours en 2022 et 290 en 2023)

Il ressort des pièces produites par la défenderesse que le demandeur a reçu des indemnités journalières de CHF 156'945.85 pour la période du 17 novembre 2021 au 31 janvier 2023 (pièce 6 défenderesse). Ces indemnités journalières correspondaient au 80% du gain assuré. En cours de procédure devant la chambre de céans, la défenderesse a versé au demandeur un complément de CHF 39'235.30 pour cette période afin de tenir compte de sa qualité de cadre (correspondant à CHF 37'807.- pour la période de novembre 2021 à décembre 2022 et CHF 1'428.30 pour le mois de janvier 2023). Ainsi, au total, le demandeur a perçu des indemnités journalières à hauteur de CHF 196'181.15 pour la période du 17 novembre 2021 au 31 janvier 2023 (441 jours), ce qui n'est pas contesté.

Selon les pièces au dossier, le gain annuel déterminant s'élève à CHF 168'287.- (pièce 7 demandeur) et l'indemnité journalière entière à CHF 461.1, soit 100% du gain journalier déterminant (168'287/365). En conséquence, pour la période du 1^{er} au 31 janvier 2023 le demandeur a droit au versement d'indemnités journalières de CHF 14'294.10 (31 jours x 461.1), sous déduction du montant déjà versé par la défenderesse à ce titre de CHF 7'145.65 (CHF 5'717.35 [pièce 6 défenderesse] + CHF 1'428.30 [pièce 7 défenderesse], soit CHF 7'148.45. Pour la

période du 1^{er} février au 17 octobre 2023, le demandeur a droit au versement d'indemnités journalières d'un montant total de CHF 119'424.90 (soit 259 jours x 461.1).

7. Se pose encore la question de savoir s'il y a lieu de déduire, du montant des indemnités dues par la défenderesse, les rentes de l'assurance-invalidité dont a bénéficié le demandeur à compter du 1^{er} octobre 2022.

7.1 À titre liminaire, et en tant que le demandeur fait valoir que la conclusion subsidiaire de la défenderesse en déduction du montant des rentes d'assurance-invalidité serait tardive, car intervenue après le délai imparti pour la transmission des plaidoiries finales écrites, la chambre de céans retient ce qui suit.

7.1.1 Selon l'art. 232 CPC, qui s'applique à la procédure simplifiée par renvoi de l'art. 219 CPC, au terme de l'administration des preuves, les parties peuvent se prononcer sur les résultats de l'administration des preuves et sur la cause. Le demandeur plaide en premier. Le tribunal donne l'occasion aux parties de plaider une seconde fois (al. 1). Les parties peuvent renoncer d'un commun accord aux plaidoiries orales et requérir le dépôt de plaidoiries écrites. Le tribunal leur fixe un délai à cet effet (al. 2).

Dans un arrêt publié aux ATF 146 III 97, le Tribunal fédéral a retenu que lorsque les parties renoncent aux plaidoiries orales et déposent des plaidoiries écrites, l'art. 232 al. 2 CPC n'oblige pas le tribunal à leur fixer un délai pour déposer de secondes plaidoiries finales écrites. En revanche, comme pour toute prise de position ou pièce nouvelle versée au dossier, le tribunal doit impérativement communiquer aux parties la plaidoirie de la partie adverse et leur laisser un laps de temps suffisant pour qu'elles puissent exercer leur droit inconditionnel de réplique découlant des art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) et 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101) (consid. 3.5.1 ; cf. ATF 142 III 48 consid. 4.1.1). La jurisprudence retient qu'un délai inférieur à dix jours entre la communication d'une pièce et le prononcé de la décision ne suffit en principe pas pour garantir l'exercice du droit à la réplique, tandis qu'un délai supérieur à vingt jours permet, en l'absence de réaction, d'inférer qu'il a été renoncé à un tel droit (arrêts du Tribunal fédéral 2C_138/2023 du 12 décembre 2023 consid. 5.1 ; 9C_93/2021 du 14 octobre 2021 consid. 4.2).

7.1.2 En l'occurrence, le 20 février 2025, la chambre de céans a transmis aux parties les plaidoiries finales écrites déposées les 7 et 13 février 2025. En application de la jurisprudence précitée, et bien que l'art. 232 al. 2 CPC prévoit un régime de plaidoiries écrites simultanées et uniques, le droit à la réplique peut être exercé par les parties après chaque prise de position de la partie adverse. Ce droit existe indépendamment du fait que le CPC prévoit ou non l'opportunité de prendre position sur l'argumentation de la partie adverse ou que le tribunal

ordonne ou non un second échange d'écritures. Il s'ensuit qu'en transmettant une écriture spontanée le 5 mars 2025, soit moins de 20 jours après la communication aux parties des plaidoiries finales écrites, la défenderesse a valablement exercé son droit inconditionnel à la réplique. Il convient donc de tenir compte des conclusions subsidiaires prises par l'intéressée le 5 mars 2025 en déduction du montant CHF 29'911.- correspondant aux rentes de l'assurance-invalidité. Pour les mêmes motifs, les écritures spontanées du demandeur du 12 mars 2025 et de la défenderesse du 28 mars 2025 seront également prises en compte.

7.2 Il n'est pas contesté que, l'art. E13.1 des CGA, dont l'application a été réservée par la défenderesse dans sa réponse du 12 mai 2023, prévoit que lorsque la personne assurée a droit, pour la même période, à des prestations en espèces servies par l'assurance-invalidité, AXA complète ces prestations dans les limites de sa propre obligation de fournir des prestations, et ce, jusqu'à concurrence de l'indemnité journalière assurée.

7.3 En l'occurrence, il ressort de la décision de l'assurance-invalidité du 17 juillet 2023, produite par le demandeur (pièce 32 demandeur), que ce dernier bénéficie d'une rente de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} octobre 2022. Celle-ci s'élève à CHF 2'336.- par mois du 1^{er} octobre au 31 décembre 2022 et à CHF 2'394.- par mois à compter du 1^{er} janvier 2023. Les parties admettent que la défenderesse a été subrogée à hauteur de CHF 9'402.-, ce qui correspond aux prestations de l'assurance-invalidité pour les mois d'octobre 2022 à janvier 2023, étant rappelé que la défenderesse a cessé de verser ses prestations à compter du 1^{er} février 2023. Il n'y a donc pas lieu de tenir compte d'une déduction des rentes de l'assurance-invalidité pour cette période.

Pour la période du 1^{er} février au 17 octobre 2023, la défenderesse sera condamnée à verser les indemnités journalières dues, sous déduction de la rente de l'assurance-invalidité versée au demandeur durant cette période, dont le montant total s'élève à CHF 20'464.85 (CHF 19'152 [période du 1^{er} février au 30 septembre 2023] + CHF 1'312.85.- pour la période du 1^{er} au 17 octobre 2023)]. Partant, le solde d'indemnités journalières du demandeur s'élève à CHF 98'960.- (CHF 119'424.90 [indemnités journalières] - CHF 20'464.85 [rentes de l'assurance-invalidité]) pour cette période.

Par conséquent, le demandeur peut exiger de la défenderesse le versement de CHF 7'148.-, représentant le solde d'indemnités journalières pour perte de gain selon la LCA pour la période de janvier 2023 et de CHF 98'960.-, représentant le solde d'indemnités journalières pour perte de gain selon la LCA pour la période du 1^{er} février au 17 octobre 2023, sous déduction des rentes d'invalidité versées durant la même période.

La demande en paiement doit donc être admise.

- 8.** Le demandeur réclame des intérêts moratoires à 5% l'an.

8.1 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).

8.2 Les intérêts moratoires peuvent être fixés selon une date moyenne lorsque le montant dû mensuellement ne varie guère (ATAS/213/2020 du 11 mars 2020 consid. 18b).

8.3 En l'espèce, les CGA ne prévoient aucun terme pour l'exigibilité des prestations qui y sont stipulées. En cas d'ouverture d'une action en justice, l'intérêt moratoire de 5% l'an est dû dès le lendemain du jour où la demande en justice a

été notifiée au débiteur. Le demandeur conclut au versement d'intérêts moratoires à compter du 31 janvier 2023 pour les prestations dues pour le mois de janvier 2023. Dans la mesure où l'action en justice a été notifiée à la défenderesse le 2 février 2023, l'intérêt moratoire est dû dès le 3 février 2023. Pour les prestations dues pour la période du 1^{er} février au 17 octobre 2023, il conclut au versement d'intérêts moratoires à compter d'une date moyenne, soit le 10 juin 2022 [*recte* : 2023]. La défenderesse ne s'y oppose pas, si bien que cette date peut être retenue.

9. Il convient enfin de se prononcer sur les frais de la procédure.

9.1 Les frais d'expertise judiciaire constituent des frais d'administration des preuves au sens de l'art. 95 al. 2 let. c CPC. Selon l'art. 114 let. e CPC, il n'est pas perçu de frais judiciaires dans la procédure au fond pour les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie. Cela signifie donc que l'intégralité des frais engendrés par la conduite et l'instruction du procès demeure à la charge de l'État.

Les frais de l'expertise judiciaire mise en œuvre dans la présente cause demeurent ainsi à la charge de l'État.

9.2 Le demandeur, représenté par un avocat, obtient gain de cause, de sorte qu'il a droit à des dépens.

9.2.1 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). Le législateur genevois a notamment prévu que dans les contestations portant sur des affaires pécuniaires, le défraiement d'un représentant professionnel est, en règle générale, proportionnel à la valeur litigieuse. Il est fixé, dans les limites figurant dans un règlement du Conseil d'État, d'après l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail et le temps employé (art. 20 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]).

Le règlement cité à l'art. 20 précité est le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC - E 1 05.10), lequel détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC). Ceux-ci sont, en principe, mis à la charge de la partie qui succombe (art. 106 al. 1 CPC). Le RTFMC rappelle, à son art. 84, le principe de l'art. 20 al. 1 LaCC, à savoir que le défraiement d'un représentant professionnel est, en règle générale, proportionnel à la valeur litigieuse. Il est fixé d'après l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail et le temps employé. L'art. 85 al. 1 RTFMC prévoit que pour les affaires pécuniaires, le défraiement prend pour base le tarif ci-dessous. Sans préjudice de l'art. 23 LaCC, il peut s'en écarter de plus ou moins 10% pour tenir compte des éléments rappelés à l'art. 84. Lorsque la valeur litigieuse est au-delà de CHF 80'000.- jusqu'à CHF 160'000.-, le défraiement est de CHF 9'700.-, plus 6% de la valeur litigieuse dépassant CHF 80'000.-. Selon l'art. 23 al. 1 LaCC, lorsqu'il y a une disproportion manifeste

entre la valeur litigieuse et l'intérêt des parties au procès ou entre le taux applicable selon la présente loi et le travail effectif de l'avocat, la juridiction peut fixer un défraiement inférieur ou supérieur aux taux minimums et maximums prévus.

9.3 En l'occurrence, la valeur litigieuse, telle que définie par les conclusions du demandeur, s'élève à CHF 126'572.35 (CHF 7'147.45 + CHF 119'424.90 ; cf. plaidoiries finales du 13 février 2025), ce qui correspond à des dépens de CHF 12'494.35 selon l'art. 85 al. 1 RTFMC, auxquels il convient d'ajouter la TVA (7,7% dans la mesure où les prestations ont été effectuées essentiellement jusqu'au 31 décembre 2023 ; art. 25 al. 1 et 115 al. 1 de la loi fédérale régissant la taxe sur la valeur ajoutée du 12 juin 2009 [LTVA - RS 641.20] dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2023) et les débours (3%), de sorte que le montant total, arrondi, s'élève à CHF 13'831.- (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). Conformément à l'art. 106 al. 2 CPC, ce montant doit être réparti selon le sort de la cause. Le demandeur obtient environ 85% de ses conclusions. Les CHF 13'831.- doivent être répartis comme suit : CHF 11'756.35.- à la charge de la défenderesse et CHF 2'073.62.- à la charge du demandeur, ce qui revient, après compensation, à CHF 9'683.- à la charge de la défenderesse.

9.4 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 en paiement recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Condamne la défenderesse à verser au demandeur le montant de CHF 7'148.-, représentant le solde d'indemnités journalières pour perte de gain selon la LCA pour la période de janvier 2023, avec intérêts à 5% l'an dès le 3 février 2023.
4. Condamne la défenderesse à verser au demandeur le montant de CHF 98'960.-, représentant le solde d'indemnités journalières pour perte de gain selon la LCA pour la période du 1^{er} février au 17 octobre 2023, sous déduction des rentes d'invalidité versées durant la même période, avec intérêts à 5% l'an dès le 10 juin 2023.
5. Condamne la défenderesse à verser au demandeur une indemnité de dépens de CHF 9'683.-.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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