

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/893/2016

ATAS/789/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 14 septembre 2017

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à COLLONGE-BELLERIVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Maurizio
LOCCIOLA

demandeur

contre

MUTUEL ASSURANCES SA, sise rue des Cèdres 5,
MARTIGNY

défenderesse

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le demandeur) a été engagé le 1^{er} mars 2014 en qualité de « client relationship Officer » par B_____ SA, laquelle avait conclu, le 21 décembre 2012, une assurance indemnité journalière selon la LCA auprès de Mutuel assurance-maladie SA (ci-après Mutuel) pour ses employés.
2. Le 16 juillet 2015, B_____ SA a résilié le contrat de travail de l'assuré, avec effet au 30 septembre 2015.
3. Le 14 septembre 2015, B_____ SA a annoncé à Mutuel une incapacité totale de travail de l'assuré dès le 7 septembre 2015.
4. Par rapport médical du 26 septembre 2015, le docteur C_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a attesté que l'assuré était en incapacité de travail dès le 7 septembre 2015. Le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail était un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive réactionnel à un épisode dépressif de son fils ayant été suivi d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques suite au suicide de son fils le 21 août 2015. Les symptômes actuels, tous d'un degré de gravité intense, étaient : aboulie, anhédonie, tristesse, fatigue, insomnies, perte de poids, angoisses, culpabilité, troubles de la concentration et isolement social. L'assuré était traité par Venlafaxine (225 mg/j). Le taux d'incapacité de travail devrait être réévalué après deux-trois mois.
5. Un collaborateur de Mutuel a mentionné dans un rapport du 25 septembre 2015 avoir rendu visite à l'assuré le 21 précédent et que celui-ci ne prenait alors pas de médicaments.
6. Le 14 octobre 2015, Mutuel a mandaté la doctoresse D_____, de la clinique Corela, pour effectuer une expertise psychiatrique de l'assuré.
7. Dans son rapport du 25 novembre 2015, l'experte a mentionné, s'agissant des plaintes et des efforts de l'assuré dans la vie quotidienne, qu'un couple d'amis proches habitant à proximité de son domicile lui faisait ses courses, lui préparait des repas pour le soir, assurait les tâches ménagères et la lessive, et ce alors que l'expertisé avait toujours été indépendant jusqu'alors. On retrouvait ainsi une nette altération de l'autonomie dans le quotidien. Hormis ce couple, l'expertisé se trouvait dans un certain isolement social. Des amis lui téléphonaient pour prendre des nouvelles, mais il n'arrivait pas à tenir la conversation plus de cinq minutes. La lecture était sa passion, mais il n'arrivait pas à lire. Il se perdait dans ses pensées. Il ne se sentait pas capable de se concentrer pour conduire. Sur le plan professionnel, lorsqu'il parlait avec quelqu'un, il s'effondrait au bout de cinq minutes. Il ne s'imaginait pas reprendre une activité professionnelle actuellement, car il pensait ne pas pouvoir discuter avec les clients de manière satisfaisante. L'expert a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, précisant que ce diagnostic nécessitait le constat de trois critères majeurs : la tristesse, l'anhédonie

et la fatigue, au sens de perte de l'élan vital, accompagnés d'un certain nombre de critères mineurs parmi lesquels, par exemple, une culpabilité, des idées de mort, une perte de l'appétit, un ralentissement ou encore des troubles du sommeil, pour un total d'au moins huit symptômes. Le score de 51, observé à l'auto-questionnaire de dépression de Beck-II, correspondait au niveau de dépression sévère observé lors de l'expertise. Le score de 59 observé à l'auto-questionnaire de Spielberger corroborait l'examen clinique de l'expertisé, étant rappelé que les manifestations anxieuses et dépressives se confondaient. Lors de l'examen clinique, l'expertisé montrait un ralentissement psychomoteur flagrant et une attitude figée, tant sur le plan physique que sur le plan psychologique. La présentation hygiéno-vestimentaire était correcte, mais une inhibition psychomotrice importante était relevée. Les mimiques faciales étaient pauvres, le regard fixé vers le sol. L'experte notait une hypophonie ainsi que des réponses courtes et peu détaillées. Lorsque les questions portaient sur le suicide de son fils et du mode opératoire, les réponses de l'expertisé étaient précises, exprimées avec une douleur intense et ponctuées de pleurs fournis. Le discours était cohérent mais limité, contrastant avec le niveau socioculturel de l'assuré. La collaboration avec celui-ci était cependant satisfaisante et le contact relationnel de bonne qualité, malgré le contexte extrêmement douloureux.

S'agissant de l'examen clinique, le critère diagnostique majeur de la tristesse était retenu. L'intéressé présentait une tristesse marquée et manifeste durant l'entretien. Cette tristesse était certes réactionnelle au suicide de son fils, mais elle était intense et présente toute la journée, empêchant l'expertisé de passer du temps avec son épouse et sa fille aussi souvent qu'auparavant.

On retrouvait également une réduction marquée de l'intérêt et du plaisir, dans le sens où l'expertisé avait peu de contact social, voyait moins régulièrement son épouse et sa fille et avait arrêté ses différentes activités de loisirs. Ce second critère diagnostique majeur était retenu.

L'experte retenait enfin le troisième critère diagnostique majeur de l'énergie, constatant que, outre une fatigue secondaire aux troubles du sommeil, l'expertisé n'arrivait pas à faire face seul aux activités de base de la vie quotidienne.

S'agissant des critères diagnostics mineurs, l'experte retenait :

- une culpabilité intense ;
- la concentration, selon les dires de l'expertisé et les constats faits durant l'entretien ;
- le ralentissement, comme en attestaient le discours et l'attitude durant l'entretien ;
- le sommeil pas réparateur, altéré avec plus de trois réveils nocturnes et ponctué par des ruminations et des interrogations quant au geste de son fils ;
- l'appétit, dès lors que le rapport médical du 26 septembre 2015 faisait mention d'une perte de poids, qui paraissait vraisemblable au vu de la faible

corpulence de l'expertisé, même si elle ne pouvait pas être chiffrée précisément par celui-ci.

En revanche l'experte n'a pas retenu les critères diagnostics mineurs de la confiance et l'estime, des idées de mort (l'intéressé ne mentionnant pas) et de l'agitation.

En conséquence des constats précités, le score de l'échelle de Hamilton, qualifiant certains critères de la dépression, était de 44, ce qui correspondait à une dépression sévère.

L'experte relevait que l'on pouvait déduire du rapport de visite du 25 septembre 2015 que l'expertisé ne prenait pas son traitement médicamenteux de manière durable et significative. Cela ne remettait toutefois pas en doute la sévérité des troubles présentés, la compliance de l'expertisé ayant pu être fortement altérée par l'intensité de ce qu'il était en train de vivre. Le psychiatre de l'expertisé avait ensuite instauré un traitement au Valdoxan 25 mg/j. L'experte suggérait éventuellement une augmentation de la posologie à la dose maximale 50 mg/j. Ceci était toutefois laissé à l'appréciation du psychiatre, compte tenu des risques d'effets secondaires possibles. Le traitement (médicamenteux) était toutefois une béquille et on pouvait attendre ici une plus nette amélioration sous prise en charge psychothérapeutique régulière. Un suivi psychothérapeutique délégué auprès d'une psychologue était initié depuis peu et il était vivement recommandé de le poursuivre avec une intensification de sa fréquence, soit des séances bihebdomadaires.

S'agissant de la date estimée de la rémission significative des critères diagnostiques sous traitement, l'experte relevait que l'on était à deux mois et demi de l'événement tragique auquel avait été confronté l'expertisé, ce qui était encore récent. Il fallait distinguer le processus de deuil en lui-même de l'épisode dépressif. Si le processus de deuil pouvait prendre plusieurs mois, l'épisode dépressif en lui-même devrait évoluer favorablement sous traitement, avec une rémission significative pouvant être attendue dans le délai d'un à deux mois sous traitement bien conduit. Une amélioration des symptômes dépressifs devrait être suffisamment significative, compte tenu des ressources et des capacités de résilience de l'expertisé, pour que les limitations ne soient plus qu'infracliniques dans un délai de quatre semaines. Dès le 26 novembre 2015, l'incapacité de travail devrait être de 0%, sans diminution du rendement, dans une activité équivalente au dernier emploi.

8. Le 30 novembre 2015, Mutuel a informé l'assuré qu'elle mettait un terme à ses versements avec effet au 25 novembre 2015, son médecin-conseil ayant constaté, sur la base du rapport d'expertise, qu'une reprise du travail à 100% était raisonnablement envisageable dès le 26 novembre 2015.
9. Par courriel du 1^{er} décembre 2015, le Dr C_____ a contesté l'expertise du 25 novembre 2015, relevant que l'incapacité de travail de son patient était encore totale. D'une façon médico-théorique, en cas d'épisode dépressif sévère avec un Hamilton dépression à 44, les études empiriquement validées montraient une amélioration clinique chez environ 50% des patients s'ils répondaient au traitement.

Cette amélioration symptomatique statistique n'était pas synonyme d'une guérison, mais juste d'une amélioration partielle. Il priait en conséquence Mutuel de revoir sa position.

10. Le 14 décembre 2015, Mutuel a informé l'assuré que le courrier du 1^{er} décembre 2015 que lui avait adressé le Dr C_____ avait retenu toute l'attention de son médecin-conseil. Après analyse des éléments portés à sa connaissance, ce dernier était d'avis que la prolongation de son incapacité de travail pouvait être admise jusqu'au 31 décembre 2015 au plus tard. Elle poursuivrait en conséquence ses versements à 100% jusqu'à cette date.
11. En 2015, l'assuré a perçu un salaire annuel de CHF 280'004.- selon un courrier adressé à lui par son employeur le 16 février 2015.
12. Le docteur E_____, psychiatrie et psychothérapie FMH, a attesté, le 13 janvier 2016, suivre l'assuré depuis le 23 décembre 2015. Ce dernier souffrait d'un épisode dépressif sévère sans rémission malgré un suivi psychiatrique et un traitement antidépresseur reconnu. Les limitations fonctionnelles étaient superposables à celles décrites dans l'expertise psychiatrique du 25 novembre 2015 établie par la Dresse D_____. Son incapacité de travail restait inchangée. Un changement de traitement médicamenteux était préconisé ainsi que la mise en place d'une psychothérapie hebdomadaire d'approche cognitivo-comportementale, reconnue pour donner des rémissions rapides.
13. Le 17 mars 2016, l'assuré a formé une demande en paiement auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice concluant, principalement, à la condamnation de Mutuel à lui payer l'intégralité des indemnités journalières, à hauteur de CHF 767.14 par jour, soit un total de CHF 471'023.96, avec intérêts à 5% dès le 1^{er} janvier 2016, plus CHF 1'620.- au titre de dommages et intérêts, ainsi que les dépens de la procédure, comprenant une équitable indemnité à titre de participation aux honoraires de son conseil. Il invoquait être toujours en incapacité de travail à 100%, ce qui était attesté par le Dr E_____. La défenderesse n'avait presté que jusqu'au 31 décembre 2015, soit 116 jours. Il avait droit à des indemnités journalières pour les 614 jours restants (733 jours - 116 jours), soit un montant total de CHF 471'023.96 (614 jours x CHF 767.14).
14. Le 28 avril 2016, Mutuel a demandé à la chambre de céans une prolongation du délai pour transmettre sa réponse, car elle avait décidé de procéder à de nouvelles investigations et donné le mandat à la doctoresse F_____, psychiatre de la clinique Corela, de procéder à une nouvelle expertise du demandeur.
15. À teneur de son rapport du 21 juin 2016, la Dresse F_____ a procédé à une anamnèse personnelle, professionnelle et assécurogique de l'expertisé. Selon l'anamnèse personnelle, l'assuré s'était remarié vers 2007. Le couple avait une fille âgée de 17 ans. Cette dernière suivait ses études en France où elle vivait avec sa mère, en l'absence de son père. Idéalement, à l'époque, ils se voyaient tous les week-ends, mais l'intéressé n'était pas en état de voir sa fille et son épouse aussi

souvent (selon le rapport médical du Dr C_____ et l'expertise du 25 novembre 2015). Selon l'anamnèse professionnelle, l'assuré était engagé comme gestionnaire de fortune de la clientèle privée, avant son licenciement. Le Dr C_____ avait posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère le 7 septembre 2015 et avait initié un traitement par Venlafaxine 225 mg/j. Par la suite, il avait introduit un traitement de Valdoxan 25 mg/j. Le Dr E_____ avait procédé à un essai thérapeutique par Venlafaxine dès le début du mois de janvier 2016, mais en raison de maux de tête, l'expertisé avait repris le Valdoxan (50 mg/j) dès le mois de février 2016. Selon ses dires, l'expertisé n'avait pas ressenti vraiment d'amélioration, même si au cours de l'entretien, il avait avoué constater une certaine évolution depuis l'expertise du 29 octobre 2015.

S'agissant de ses activités de la vie quotidienne et du ménage, l'expertisé rapportait qu'il restait à la maison, passant de la chambre au salon. Parfois, il ne sortait pas de son lit, ne faisant que débarrasser la table car il se sentait trop fatigué. S'agissant de ses relations sociales, ses parents lui rendaient visite. Ses frères, sa sœur et ses enfants le contactaient, mais il ne voulait pas les voir. Il essayait toujours de lire et de regarder la télévision, mais n'aimait pas ces activités. Il ne pensait pas pouvoir reprendre une activité professionnelle, ne se sentant pas capable de s'occuper de ses clients sans commettre de fautes, car il pensait sans cesse à ce qui s'était passé. Pour le moment, il n'avait entrepris aucune recherche d'emploi, car il décrocherait rapidement et penserait à son fils. Il consultait le Dr E_____ depuis fin décembre 2015, à raison d'une fois par semaine, une fois tous les quinze jours ou toutes les trois semaines. Cette consultation était alternée avec la psychothérapie, qui avait lieu une fois par semaine.

Sous la rubrique « Analyse en psychiatrie », l'experte a examiné les critères d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. L'assuré se plaignait encore d'être triste tous les jours et de ne pas arriver à surmonter le décès de son fils. Il décrochait rapidement quand il pensait à une chose, revenant à celui-ci. Il se sentait inutile, n'avait envie de rien et éprouvait encore une sensation de culpabilité. En revanche, il pouvait tenir une conversation alors qu'auparavant, il était effondré. Il se disait qu'il faudrait qu'il arrive à faire son deuil.

L'experte a mentionné, s'agissant de l'auto-questionnaire de dépression de Beck-II, que le score actuel était de 48, ce qui correspondait à une dépression sévère, laquelle n'était toutefois plus constatée lors de la présente expertise. En effet, les symptômes d'allure dépressive n'étaient plus réellement ceux d'un épisode dépressif caractérisé, mais étaient confondus avec les symptômes de deuil, lequel constituait un processus normal.

S'agissant de l'auto-questionnaire de Spielberger, le score était de 67, ce qui témoignait d'une tendance naturelle anxieuse très élevée, laquelle n'était toutefois pas retrouvée à l'examen clinique.

L'experte a constaté lors de l'examen clinique une tristesse toujours présente chez l'expertisé, mais qui semblait plus adaptée au processus de deuil et à la perte d'un enfant qu'au moment de la première expertise, le 29 octobre 2015. La focalisation mentale de l'expertisé sur le décès de son fils semblait absorber toutes ses pensées et, de ce fait, son intérêt. Ceci devrait être compensé par la reprise d'activités, qui lui était conseillée. Si actuellement l'expertisé ne faisait pas beaucoup d'activités, cela ne correspondait plus à une perte d'énergie, mais au fait qu'il était particulièrement déconditionné de toute activité, faisant tout son possible pour ne pas sortir de son domicile et ne rien faire, une certaine tendance à la clinophilie étant même notée. L'expertisé estimait être incapable de gérer la fortune de ses clients sans commettre d'erreur, essentiellement en lien avec le fait qu'il pensait toujours à son fils. Ce n'était donc pas par manque de confiance qu'il ne travaillait pas actuellement, mais du fait des circonstances du deuil. Il ressentait toujours une sensation de culpabilité, mais celle-ci était adaptée à la situation de suicide de son fils. Le médecin de son ex-épouse lui aurait signifié que son fils était très souffrant et que c'était une maladie, il relatait qu'il n'avait rien à voir avec « ça ». Ainsi, le critère de culpabilité, tel que décrit dans le dossier, était considéré comme en rémission à ce jour. Aucun trouble de la concentration n'était observé. Ce critère était donc en rémission. L'expertisé indiquait avoir assez souvent des idées de mort, mais étant donné qu'elles n'avaient pas été exprimées « lors de la présente », on pouvait considérer que « cet item est apparu par la suite ». L'épisode dépressif en rémission permettait d'exclure la présence actuelle de ce symptôme. Aucune modification de l'activité psychomotrice n'était plus retrouvée aujourd'hui. L'expertisé se plaignait de troubles du sommeil. Cependant, son traitement hypnotique ayant été arrêté, on pouvait en conclure que ces troubles n'étaient pas suffisamment gênants pour qu'il continue à se soigner. Ce critère était donc en rémission. L'expertisé rapportait être obligé par sa femme à manger et une reprise pondérale était évoquée. Ce critère était donc en rémission.

Le score de l'échelle de Hamilton qualifiant certains critères non ICD-10 de la dépression les jours précédents l'examen étaient de 7. En octobre 2015, il était de 44, ce qui correspondait à une symptomatologie dépressive sévère, avec une humeur dépressive, une culpabilité, des troubles du sommeil, une diminution de l'activité, un ralentissement ainsi qu'une baisse de l'appétit avec une perte de poids.

Au jour de l'expertise, en dehors de la préoccupation toujours présente liée au décès de son fils, aucun signe d'anxiété pathologique n'était relevé chez l'expertisé.

Au jour de l'expertise, même si les plaintes et les symptômes d'une tristesse de l'humeur étaient encore présents, ceux-ci étaient plutôt directement adaptés au processus de deuil, lequel était très long chez l'expertisé, mais ne correspondaient plus aux symptômes d'une dépression, ceux-ci étant en rémission.

Dans la mesure où le Valdoxan avait été réintroduit au début du mois de février 2016 par le psychiatre traitant, avec le double de la posologie antérieure, ce médecin considérait donc que cet antidépresseur était suffisant et que la rémission

des symptômes de la dépression était déjà effective à cette époque. Dans le cas contraire, un autre traitement antidépresseur aurait été tenté. Le fait que la posologie avait été augmentée à deux fois la dose initiale indiquait que ce traitement avait été bénéfique. Dès le 1^{er} février 2016, seuls les symptômes du deuil persistaient. Les symptômes observés actuellement ne correspondaient plus objectivement à des symptômes de la dépression, mais étaient attribuables de manière adaptée au processus de deuil relativement long.

16. Dans sa réponse du 14 juillet 2016, Mutuel a notamment mentionné, s'agissant des faits, que le Dr C_____ avait préconisé, dans son rapport du 26 septembre 2015, une possible reprise du travail à réévaluer dans les deux ou trois mois, soit à fin novembre ou fin décembre 2015. Sur la base des conclusions de l'expertise du 21 juin 2016, Mutuel avait accepté le versement à l'assuré d'un mois supplémentaire d'indemnités journalières, soit jusqu'au 31 janvier 2016, ce qui correspondait à CHF 20'712.-. En conséquence, la demande en paiement devait être rejetée en ce qu'elle dépassait cette somme. Le rapport de la Dresse F_____ avait été porté à la connaissance du docteur G_____, médecin-conseil de Mutuel, le 13 juillet 2016, lequel avait confirmé les conclusions de l'experte. Le rapport médical établi le 26 septembre 2015 par le Dr C_____ était peu clair. Il parlait d'une réaction anxieuse et dépressive réactionnelle à un épisode dépressif du fils suite au suicide de ce dernier. Les troubles évoqués n'étaient pas suffisamment précis. Le Dr C_____ parlait d'une reprise à réévaluer dans le délai de deux-trois mois, soit à fin décembre 2015, comme l'attestaient également les experts mandatés par l'assureur. Le courriel du Dr C_____ du 1^{er} décembre 2015 avait été adressé au médecin-conseil de l'assureur, lequel avait admis une prolongation de l'incapacité jusqu'au 31 décembre 2015.

S'agissant du rapport médical établi par le Dr E_____ le 13 janvier 2016, celui-ci était également très succinct. Or, ses conclusions étaient en contradiction avec celles de la Dresse F_____. Cette dernière contestait le fait qu'il y aurait eu une rechute ou une aggravation de l'état dépressif. Au vu des conclusions du rapport d'expertise de la Dresse F_____ du 21 juin 2016, l'assureur était disposé à poursuivre le versement des indemnités journalières du 1^{er} au 31 janvier 2016. Dès cette date, l'assuré était capable de travailler à 100% sans baisse de rendement. Mutuel n'ayant violé aucune obligation contractuelle, les conditions de l'art. 41 CO n'étaient pas réunies. Elle n'avait ainsi pas à payer de dommages et intérêts pour la somme de CHF 1'620.- correspondant aux honoraires d'avocat du demandeur.

17. Par réplique du 7 octobre 2016, le demandeur a fait valoir que le Dr C_____ avait simplement indiqué que la situation devait être réévaluée dans deux-trois mois, sans se prononcer sur la capacité de travail à ce moment-là. Il contestait avoir indiqué, lors d'une visite de courtoisie effectuée par un représentant de l'assureur, le 21 septembre 2015, ne pas prendre de médicaments. Le rapport médical du Dr C_____ du 26 septembre 2015, précisait bien qu'il suivait son traitement à base de Venlafaxine.

Le demandeur contestait avoir été capable de travailler dès le 26 novembre 2015 et que l'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques était en rémission dès le 1^{er} février 2016 et que les symptômes observés devaient être attribués au processus de deuil relativement long. Il n'y avait pas de facteurs, tels que l'âge les difficultés financières ou les problèmes au poste de travail susceptibles d'interférer avec les délais médicaux de reprise de travail. L'experte avait conclu de façon hâtive et non motivée à une amélioration clinique ce qui entraînait en contradiction avec le rapport établi le 29 septembre 2016 par le Dr E_____. Dans la mesure où ce dernier avait indiqué qu'il était capable de travailler à 100% dès le 1^{er} septembre 2016, la seule question demeurant litigieuse était celle de savoir si le demandeur avait le droit de percevoir les indemnités journalières de la part de la défenderesse du 1^{er} février au 31 août 2016. L'expertise de la Dresse D_____ ne pouvait se voir reconnaître une valeur probante, puisque ses conclusions étaient remises en cause par celles de la Dresse F_____ qui avait admis que la capacité de travail du demandeur était nulle jusqu'au 31 décembre 2016.

S'agissant de la valeur probante de l'expertise de la Dresse F_____, il fallait relever que cette dernière exerçait en France et disposait d'une spécialisation en pédopsychiatrie. Elle n'était donc pas spécialisée dans le domaine relevant en l'espèce. Les conclusions de la Dresse F_____ n'étaient pas motivées, ni expliquées et ne correspondaient pas aux constatations des faits qu'elle présentait. Son rapport ne faisait suite qu'à une seule consultation de psychiatrie avec le demandeur datant du 23 mai 2016. La Dresse F_____ avait relevé qu'au moment où elle l'avait rencontré, il n'avait aucun projet pour l'avenir. S'agissant des retentissements des plaintes et efforts au quotidien, elle avait constaté que, dans les activités de la vie quotidienne et le ménage, la situation ne s'était pas améliorée depuis le rapport d'expertise rendu par la Dresse D_____, pas plus que dans les relations sociales. Il n'y avait pas non plus d'évolution notable constatée dans les activités nécessitant de la concentration et dans l'activité professionnelle. En contradiction avec les considérations précitées, la Dresse F_____ parvenait à la conclusion que seul le processus de deuil demeurait en cours, à l'exclusion d'un épisode dépressif.

Dans son rapport, la Dresse F_____ avait évoqué chacun des critères diagnostiques majeurs de la dépression et constaté la présence de tristesse, de perte de plaisir et d'intérêt ainsi que de perte d'énergie. Toutefois, sans motivation, l'experte retenait que ces diagnostics étaient liés au processus normal de deuil et pas à une maladie. Pour sa part le Dr E_____ avait détaillé le status constaté chez l'assuré et expliqué que celui-ci correspondait à un épisode dépressif sévère et que les symptômes constatés ne pouvaient être mis en seule relation avec le processus de deuil.

S'agissant des critères diagnostiques mineurs, la Dresse F_____ avait indiqué que tous les critères constatés lors de la précédente expertise étaient en rémission, sans motiver ce point de vue. Pourtant, elle avait mentionné que le demandeur se disait

toujours incapable de gérer la fortune de ses clients, sans commettre d'erreurs, ce qui démontrait une baisse de conscience et d'estime de soi. Elle avait également retenu que le demandeur ressentait un sentiment de culpabilité en relation avec le suicide de son fils. Il était donc inexact d'affirmer que le critère de culpabilité était en rémission. L'expertisé avait également déclaré avoir assez souvent des idées de mort. Il était donc incompréhensible que l'experte ait exclu la présence de tels symptômes. Si le demandeur avait indiqué être contraint de manger par sa femme, cela ne signifiait pas qu'il avait retrouvé son appétit.

S'agissant de l'auto-questionnaire de dépression de Beck-II, la Dresse F_____ constatait que le score actuel était de 48, correspondant à une dépression sévère. Ce score avait également été constaté par la Dresse D_____ dans son rapport d'expertise du 25 novembre 2015. Toutefois, la Dresse F_____ indiquait que malgré le score de 48, une dépression sévère n'était plus constatée, expliquant que les symptômes étaient confondus avec les symptômes du deuil, qui constituaient un processus normal, sans motiver les raisons qui lui permettaient d'arriver à un tel résultat.

S'agissant de l'auto-questionnaire de Spielberger (STAI-Y), le score de l'expertisé était 67, ce qui était extrêmement élevé et correspondait à une nature anxieuse très élevée. Ce résultat était plus élevé que lors de l'expertise de novembre 2015. Malgré cela, l'experte indiquait qu'on ne retrouvait pas cette tendance lors de l'examen clinique, ce qui n'était pas convaincant. Elle n'expliquait pas pour quelles raisons l'examen clinique différait autant des résultats obtenus à cet auto-questionnaire.

La Dresse F_____ indiquait que le score de l'échelle Hamilton était de 7. Aucun élément de son rapport d'expertise ne permettait de comprendre les raisons pour lesquelles elle arrivait à ce résultat, qui était contesté. Enfin, on peinait à comprendre pour quelle raison le score de Hamilton concernant certains critères non ICD-10 de la dépression et de l'anxiété avait été réalisé pour les jours précédents l'examen.

La Dresse F_____ avait retenu qu'il y avait aucun argument en faveur d'une rémission suffisante de l'épisode dépressif sévère de l'assuré pour lui permettre un retour au travail à 100% dès le 26 novembre 2015, mais estimait qu'une amélioration n'avait pu être considérée comme significative qu'au début du mois de février 2016. Elle semblait baser son raisonnement sur le simple fait que le traitement du demandeur avait été changé le 1^{er} février 2016. Ce raisonnement ne pouvait être suivi, comme l'avait indiqué le Dr E_____ qui avait précisé qu'il était inexact d'affirmer qu'une amélioration de l'état de santé du patient pouvait être prise en compte uniquement en raison de la réintroduction du traitement. Si ce traitement avait fonctionné, cela aurait permis une rémission depuis la première prise en charge. Il était également inexact d'affirmer que la simple réintroduction du traitement permettait la rémission d'un jour à l'autre. Seule une prise du traitement durant de nombreuses semaines, associée à une psychothérapie

cognitivo-comportementale avait permis une lente amélioration, telle qu'observée par le Dr E_____. En conséquence aucune valeur probante ne pouvait être accordée aux rapports réalisés par les Dresses D_____ et F_____. En revanche les rapports médicaux des Drs C_____ et E_____ devaient se voir reconnaître pleine valeur probante. Ils étaient complets, détaillés et motivés. Il convenait d'admettre avec eux que la capacité de travail du demandeur était nulle jusqu'au 30 août 2016.

Le demandeur concluait à ce qu'il soit donné acte à Mutuel de son accord de lui verser les indemnités journalières du 1^{er} janvier au 30 janvier 2016 pour un montant total de CHF 21'402.40 (CHF 690.40 x 31 jours) et à la condamnation de celle-ci à lui payer l'intégralité des indemnités journalières à hauteur de CHF 690.40 par jour jusqu'au 31 août 2016, soit un total de CHF 147'055.20.

À l'appui de son écriture, le recourant a produit une attestation établie par le Dr E_____ le 29 septembre 2016, dans laquelle ce médecin indiquait suivre le patient depuis le 23 décembre 2015 et que l'état psychique de celui-ci était, depuis la première consultation, d'une sévérité telle qu'il était en incapacité totale de travail même dans un travail adapté. Le diagnostic était un épisode dépressif sévère. Différents traitements antidépresseurs (Venlafaxine, Duloxétine) avaient été instaurés, mais avaient dû être malheureusement arrêtés en raison d'effets indésirables fortement handicapants. Le traitement de Valdoxon 25 mg avait de ce fait été réintroduit, car il était établi que le patient le supportait. Il était inexact d'affirmer qu'une amélioration de son état pouvait être prise en compte uniquement parce qu'on avait réintroduit ce traitement. Le patient se trouvait dans un état de dépression sévère et toute aide était bienvenue, raison pour laquelle ce médicament avait été repris. Après plusieurs semaines de ce traitement associé à une psychothérapie cognitivo-comportementale, une lente amélioration clinique avait été constatée, ce qui prouvait que c'était le bon choix thérapeutique.

Selon le Dr E_____, l'expertise de la Dresse F_____ prenait parti en défaveur du patient. Les conclusions étaient hâtives et motivées par des suppositions médico-théoriques sans que le patient ait été vu. « De plus, lors de la conclusion (sic) de psychiatrie du 23 mai 2016 (expertise), son amélioration clinique est exagérée et le deuil qui affecte encore aujourd'hui grandement le patient est mis en "parenthèse" comme si le suicide de l'enfant pouvait être surmonté d'une manière aussi convaincante que l'expertise semblait décrire ». Il avait personnellement constaté le status suivant : tristesse, pleurs, insomnies, apathie, perte d'élan vital et fatigue, pessimisme et désespoir, idéation de culpabilité et de dévalorisation, perte de poids, libido diminuée, capacité de concentration, d'adaptation et de compréhension limitée, idées noires, résistances fortement diminuées, difficultés de concentration et de raisonnement, apathie, fatigue et incapacité à s'adapter.

Cet état correspondait à une intensité de dépression moyenne et à une incapacité de travail de 100%. Par la suite, l'état du patient avait continué à lentement s'améliorer et, à fin août, il était compatible avec une reprise professionnelle à 100%.

18. Par duplique du 4 novembre 2016, Mutuel a fait valoir que le rapport de la Dresse F_____ avait pleine valeur probante. Le rapport médical du Dr E_____, psychiatre traitant de l'assuré depuis le 23 décembre 2015 et daté du 29 septembre 2016 avait été fourni pour les besoins de la cause et annexé à la réplique. Il ne saurait remettre en cause l'expertise psychiatrique, car il relatait des faits déjà connus de l'experte.

L'intimée a transmis en annexe de ses écritures le curriculum vitae de la Dresse F_____ dont il ressort qu'elle a étudié à la faculté de médecine de Marseille de 1997 à 2004 et obtenu un diplôme de docteur en médecine puis un DES de psychiatrie en 2009, un DESC d'addictologie en 2011 et un DESC en pédopsychiatrie en 2012.

19. a. Entendu par la chambre de céans le 16 novembre 2016, le demandeur a indiqué être d'accord avec les conclusions de son psychiatre quant à une reprise du travail à 100% depuis le 1^{er} septembre 2016. Il persistait dans ses conclusions et contestait la valeur probante des expertises de la clinique Corela s'agissant de la capacité de travail. Le Dr C_____ était tombé malade en décembre 2015, raison pour laquelle il l'avait envoyé chez son confrère, le Dr E_____.

b. La représentante de Mutuel a précisé avoir demandé une seconde expertise, car la première était insuffisante.

c. Le Dr E_____ a indiqué avoir constaté un épisode dépressif sévère lorsqu'il avait vu le demandeur. Il avait décrit les symptômes qu'il présentait dans une attestation du 16 janvier 2016. S'agissant du rapport de la Dresse F_____, celle-ci avait conclu à un deuil, sans retenir de diagnostic psychiatrique. Il avait parcouru son expertise avec un peu de légèreté, car au vu de l'état du patient et du contenu de l'expertise, c'était le jour et la nuit. L'experte ne l'avait pas appelé, ce qui se faisait habituellement. Il aurait pu lui expliquer les difficultés de la prise en charge, notamment médicamenteuse. Le patient avait des effets secondaires très importants, de type vomissements et diarrhées. Ils avaient essayé deux ou trois médicaments qu'il ne supportait pas. Ils étaient retournés au Valdoxan, parce que le patient l'avait supporté auparavant, en doublant la dose. Dans le cadre d'un deuil après un événement tragique comme le patient l'avait vécu, les médicaments étaient bien, mais c'était surtout la psychothérapie qui était utile. L'experte n'avait pas vu l'assuré en février 2016, donc il ne voyait pas comment elle avait pu conclure à une capacité de travail totale à partir de cette date. Elle avait fait un montage intellectuel qu'il ne comprenait pas. Ce n'était pas parce qu'il avait réintroduit le Valdoxan que le patient était guéri. Si cela avait été le cas, il n'aurait pas réintroduit ce médicament. En février 2016, il n'avait pas constaté que les symptômes étaient en rémission. En revanche, en été cela commençait à aller mieux. Lorsqu'il avait vu le patient en décembre 2015, la situation était catastrophique. Celui-ci était prostré, en pleurs et avait verbalisé des idées de suicide. À l'heure actuelle, il présentait toujours des symptômes de dépression résiduels. S'agissant des tests d'auto-évaluation, le Dr E_____ estimait qu'ils n'étaient pas fiables. Ce qui comptait le

plus, c'était la clinique. Il avait pu relever que le patient avait eu une rémission en neuf mois, ce qui était relativement court pour une dépression sévère. Perdre un enfant était la situation la plus difficile qui soit. La psychothérapie s'était déroulée à raison d'une à deux fois par semaine. En cas d'urgence, son patient pouvait l'appeler sur son téléphone portable. Jusqu'en juillet 2016, la psychothérapie s'était déroulée de manière intensive. Par la suite, les séances avaient diminué. Actuellement, il voyait son patient une fois par mois.

20. Le 1^{er} décembre 2016, Mutuel a transmis à la chambre de céans la prise de position de son médecin-conseil du 28 novembre 2016. Si l'avis de la Dresse F_____ devait être mis en cause, elle demandait l'audition de celle-ci.
21. Dans sa prise de position du 28 novembre 2016, le docteur H_____, médecin-conseil expert SMI, relève que, dans son attestation du 29 septembre 2016, le Dr E_____ décrivait des symptômes de troubles de l'humeur sans démontrer par des exemples de la vie normale leur importance dans le quotidien du patient. Ses constatations étaient décrites en cinq lignes, ce qui paraissait très court pour un état d'une « intensité de dépression moyenne ». Selon l'enseignement médical habituellement reconnu, un deuil était suivi normalement d'un cortège de symptômes associant de nombreux troubles de l'humeur. Si la durée des deuils variait d'un individu à l'autre, on considérait que pour la majorité d'entre eux, elle était achevée au bout d'un an. Sur la base des documents à sa disposition, il affirmait que l'assuré pouvait, de manière suffisamment crédible, reprendre une activité professionnelle équivalente à celle qu'il exerçait auparavant, sans diminution de l'horaire ni du rendement, dès le 1^{er} février 2016. Sur la base des constatations cliniques de l'expertise du 23 mai 2016, l'assuré pouvait en tous les cas reprendre son activité professionnelle, le jour de l'expertise. Si l'avis de l'experte devait être mis en doute, il serait impératif de lui demander son avis.
22. Le Dr E_____ a répondu le 20 janvier 2017 de la façon suivante aux questions qui lui étaient posées par le demandeur :
 - Le diagnostic concernant l'assuré pour la période de mai à août 2016 était un épisode dépressif sévère.
 - En lien avec les critères du CIM10 F.32, le patient présentait une humeur triste dépressive, une anhédonie, une perte d'intérêts, une aboulie et, une apathie avec perte d'élan vital et une fatigue importante. De plus, il présentait une dévalorisation avec perte d'estime de lui-même, une perte de confiance, des idées de culpabilité. Sa capacité de concentration, de raisonnement et de mémoire était diminuée. Il était très pessimiste démotivé. Il avait perdu 6 kg en raison d'une diminution de l'appétit. Ses insomnies étaient quotidiennes et tenaces. Il l'avait également entendu exprimer des idées noires.
 - Il avait retenu les critères précités en raison des éléments suivants :
 - Tristesse : le patient affichait de manière continue un visage totalement fermé, alors qu'il était d'un naturel très souriant selon ses proches, et

subissait des crises de larmes abondantes très nombreuses. Malgré les efforts de ses proches et amis, cet état était constant.

- Perte de plaisir : malgré son amour des jeux, le patient avait totalement arrêté de jouer, ne se promenait plus, ne sortait plus, ignorait le goût de ses aliments et ne se réjouissait même pas des joies de ses enfants.
 - Exécution d'actes : il ne pouvait plus s'occuper seul de lui-même ne souhaitait qu'une chose, rester dans son lit, sans s'habiller ni se lever.
 - Dévalorisation, estime de soi : lorsqu'on lui posait la question d'une reprise de ses activités et de ses responsabilités, le patient répondait être désormais incapable de quoi que ce soit d'utile, qu'il était nul et « pas foutu » de s'occuper de sa famille.
 - Confiance en soi : si l'un de ses contacts professionnels essayait de le joindre, il ne répondait pas, se disant pas qualifié pour conseiller ou aider quiconque.
 - Culpabilité : il lui avait affirmé à de nombreuses reprises que le seul sentiment qui subsistait en lui était de se sentir coupable de la mort de son fils, soutenant que son divorce avait été le déclencheur de cet acte. Il avait raté l'existence de cet enfant et ne l'avait pas assisté dans sa détresse. Lorsqu'il arrivait à réfléchir, il ne pensait qu'à cela.
 - Concentration et mémoire : habituellement grand lecteur et amateur d'énigmes, le patient ne parvenait plus à lire quelques lignes et même la télévision devenait vite incompréhensible pour lui.
 - Habitude : il avait totalement arrêté le sport (même sortir de chez lui était compliqué) et, alors qu'il était amateur d'art, il n'avait plus suivi les manifestations publiques de ses artistes préférés, comme il en avait l'habitude.
- L'humeur dépressive s'était manifestée par une apathie, une perte d'élan vital, une incapacité d'entreprendre toute initiative. Son patient n'avait plus de contact avec autrui, restait seul à pleurer au dormir et ne s'intéressait à rien ni à personne. Cette humeur se manifestait de façon continue, légèrement fluctuante. Elle n'était pas influencée par d'autres circonstances. Le médecin avait clairement constaté une perte d'énergie et une augmentation de la fatigabilité. Compte tenu de son état, il n'était pas possible à son patient d'exécuter les tâches quotidiennes. C'était sa femme (qui n'était pas la mère de son fils suicidé) qui faisait tout à la maison. Il était exact que la durée des deuils variait d'un individu à l'autre et que la majorité d'entre eux était achevée au bout d'un an avec une incapacité de travail inférieure à six mois. Tel n'était toutefois pas le cas pour son patient. Les deuils d'enfants ou de suicidés étaient la plupart du temps pathologiques, c'est-à-dire accompagnés de maladies psychiatriques invalidantes ou sévères. La médecine n'était pas une science exacte et la théorie n'était pas

toujours applicable en clinique. Il était extrêmement choqué par l'attitude du Dr H_____ qui, sans examen de l'assuré, affirmait que, dans cette situation dramatique, il ne s'agissait que d'un simple processus de deuil. Les experts qui avaient constaté, encore en janvier, un épisode dépressif sévère lui donnaient raison, car il était impossible de passer aussi rapidement d'une sévérité complète à la rémission totale. Celle-ci avait été progressive et elle était complète depuis le 1^{er} septembre 2016. Il y avait encore actuellement un fort risque de rechute. En cas de suicide, les symptômes de culpabilité et de dévalorisation étaient beaucoup plus intenses, ce qui entraînait des rémissions plus lentes. De plus, quand il s'agissait d'un enfant, la remise en question était totale et toute la structure psychique s'effondrait, ce qui avait été le cas de son patient. Ce dernier avait bien souffert d'un état dépressif, d'abord grave, puis moyen, et non pas d'un simple processus de deuil.

23. Le 20 janvier 2017, le demandeur a encore observé que le Dr H_____ n'était pas spécialiste en psychiatrie et qu'il avait fondé son rapport uniquement sur le rapport de la Dresse F_____, qui n'était pas probant, sans fournir d'élément pertinent nouveau. Son rapport n'était donc pas probant. Dans la mesure où la défenderesse mettait en doute les rapports médicaux du Dr E_____, le demandeur avait demandé à ce dernier de compléter un questionnaire. Les réponses qu'il avait données étaient claires et démontraient la pathologie grave dont il avait souffert et les conséquences de sa capacité travail. L'audition de la Dresse F_____ était inutile dans la mesure où son rapport était incompréhensible et non probant.
24. Le 11 août 2017, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise au docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'expert et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
25. Le 31 août 2017, Mutuel a informé la chambre de céans qu'elle n'avait pas de motif de récusation à faire valoir contre l'expert désigné et a requis que les questions suivantes soient posées à l'expert :
 1. Êtes-vous aujourd'hui en mesure de vous prononcer de manière hautement vraisemblable (et d'étayer votre réponse) sur la question de la capacité de travail de l'assuré pendant la période du 1^{er} février 2016 au 31 août 2016, soit rétroactivement et plus d'un an après les faits ?
 2. À partir de quelle date l'assuré était-il en mesure de faire des recherches d'emploi ?
 3. Depuis quelle date exerce-t-il à nouveau une activité professionnelle ?
26. Le demandeur n'a pas répondu dans le délai qui lui était imparti, mais a indiqué, lors d'un téléphone avec le greffe de la chambre de céans du 5 septembre 2017, qu'il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir contre l'expert ni de questions supplémentaires à lui poser.

27. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1).

Selon la police d'assurance N° 1980 – SI (ci-après la police d'assurance), conclue entre B_____ SA et Mutuel, le contrat est régi par la LCA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1^{er} janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre une personne physique/les personnes morales, le for est celui de son domicile/de leur siège (art. 10 al. 1 let. a/b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'occurrence, l'art. 33 ch. 2 des conditions générales d'assurances pour la couverture collective d'une indemnité journalière maladie selon la LCA (CGA), faisant partie intégrante de la police d'assurance, prévoit qu'en cas de contestations, le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse soit ceux du siège de l'assureur.

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

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).

4. L'objet du litige porte sur le montant des indemnités journalières auquel a droit le demandeur et, en particulier, sur la date à laquelle il a retrouvé une pleine capacité de travail.

5. 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).

La police d'assurance prévoit notamment que l'assurance assure l'ensemble du personnel et couvre les conséquences économiques d'une incapacité travail. Le salaire annuel maximal assuré est de CHF 400'000.- par personne. Pour maladie, la durée des prestations est de 730 jours avec imputation du délai d'attente, qui est de 60 jours pour le personnel administratif et de 90 jours pour le personnel de direction.

Selon l'art. 12 CGA, l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité travail à partir de 25 % (ch. 1). L'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire en vigueur au moment du sinistre, conformément à la déclaration de l'employeur faite par le biais du formulaire mis à sa disposition par l'assureur (ch. 2). Si l'indemnité est exprimée en % du salaire, elle est calculée comme suit : salaire mensuel multiplié par 13 mois (si 13^e salaire), divisé par 365 jours et multiplié par le pourcentage de couverture fixé (ch. 10).

L'art. 61 LCA dispose que lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage; s'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer (al. 1); si l'ayant droit contrevient à cette obligation d'une manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie (al. 2).

Il a été jugé que l'art. 61 LCA, bien qu'il figure parmi les dispositions spéciales relatives à l'assurance contre les dommages, exprime un principe général du droit des assurances, qui s'applique également à l'assurance des personnes et aux assurances de sommes, notamment à l'assurance d'indemnités journalières (ATF 133 III 527 consid. 3.2.1 p. 531; 128 III 34 consid. 3b p. 36; arrêt 5C.18/2006 du 18 octobre 2006 consid. 7.1 publié in SJ 2007 I p. 238).

6. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire

l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC; RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié; ATF 130 III 321 consid. 3.1; ATF 129 III 18 consid. 2.6; ATF 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa).

En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit) qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2; ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.3).

En vertu de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances

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

Il est de jurisprudence qu'une expertise privée n'est pas un moyen de preuve au sens de l'art. 168 al. 1 CPC, mais qu'elle doit être assimilée aux allégués de la partie qui la produit (ATF 141 III 433 consid. 2.6 p. 437; 140 III 24 consid. 3.3.3 p. 29). Seules doivent être prouvées les allégations qui sont expressément contestées. Une telle contestation doit être suffisamment précise afin que l'on puisse déterminer quelles sont les allégations du demandeur qui sont contestées. En d'autres termes, la contestation doit être concrète à telle enseigne que la partie qui a allégué les faits sache quels sont ceux d'entre eux qu'il lui incombe de prouver. Le degré de la motivation d'une allégation exerce une influence sur le degré exigible de motivation d'une contestation. Plus détaillées sont certaines allégations de la partie qui a le fardeau de la preuve, plus concrètement la partie adverse doit expliquer quels sont au sein de celles-ci les éléments de fait qu'elle conteste. Le fardeau de la contestation ne saurait toutefois entraîner un renversement du fardeau de la preuve (ATF 141 III 433 consid. 2.6 p. 438 et les références).

En présence 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. Ce qui compte à cet égard, c'est 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. En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3 p. 352 ss; arrêt 4A_481/2014 du 20 février 2015 consid. 2.4.1).

7. En l'espèce, il n'est pas contesté que le demandeur a souffert, dès le 7 septembre 2015, d'un épisode dépressif sévère à la suite du décès de son fils. Les parties s'opposent en revanche sur la date à laquelle il a retrouvé une pleine capacité de travail. La défenderesse considère que tel était le cas le 1^{er} février 2016 et le demandeur le 1^{er} septembre 2016. Ce dernier se fonde sur les rapports établis par le Dr E_____ les 29 septembre 2016 et 20 janvier 2017. Ces rapports ont toutefois

une valeur probante relative dans la mesure où ils émanent du médecin traitant de l'assuré qui peut avoir été influencé par la relation de confiance nouée avec son patient.

La défenderesse a fait procéder à une première expertise, qu'elle a elle-même considérée comme insuffisante. Elle a fondé la décision querellée sur le rapport d'une seconde expertise réalisée par la Dresse F_____ dont il convient d'examiner la force probante.

Selon son curriculum vitae, la Dresse F_____ a obtenu en France le titre de docteur en médecine avec un DES en psychiatrie et est, en outre, au bénéfice d'une spécialité en addictologie et en pédopsychiatrie. Elle dispose ainsi d'une formation lui permettant de procéder à l'expertise psychiatrique de l'assuré.

Il ressort toutefois de son rapport que la Dresse F_____ a exclu d'une façon assez expéditive le diagnostic de dépression, précisant que si les symptômes d'une tristesse de l'humeur étaient encore présents, ceux-ci étaient plutôt directement adaptés au processus de deuil. L'on comprend mal pour quels motifs elle a notamment considéré que le fait que l'expertisé ne faisait pas beaucoup d'activités ne correspondrait plus à une perte d'énergie, mais à un déconditionnement. L'on comprend également mal pourquoi elle a considéré que le fait que l'expertisé s'estimait être incapable de gérer la fortune de ses clients sans commettre d'erreurs ne serait pas un manque de confiance, au motif que ce serait parce qu'il pensait toujours à son fils.

L'on ne comprend pas non plus pourquoi l'experte a exclu le sentiment de culpabilité ressenti par l'expertisé, du fait qu'il serait « adapté à la situation de suicide de son fils ». Cela semble en effet impliquer que l'on ne pourrait jamais le retenir dans ce cas de figure. Le fait que le médecin de son ex-épouse ait signifié à l'expertisé que son fils était très souffrant et que c'était une maladie et qu'il n'avait rien à voir avec « ça » n'exclut pas le sentiment de culpabilité de l'expertisé, mais au contraire le confirme, même si ce dernier semblait entendre qu'il n'avait pas lieu d'être.

L'experte a exclu de façon peu compréhensive et contradictoire les idées de mort en mentionnant que l'expertisé indiquait en avoir assez souvent puis que « étant donné que ces idées de mort ne sont pas exprimées lors de la présente, on peut considérer que cet item est apparu par la suite ».

L'experte a écarté le symptôme des troubles du sommeil, pourtant décrit par l'expertisé, au motif que le traitement hypnotique de celui-ci avait été arrêté et que l'on pouvait en conclure que ces troubles n'étaient pas suffisamment gênants pour qu'il continue à se soigner. L'on peut s'étonner à cet égard que le rapport d'expertise ne mentionne à aucun autre moment un traitement hypnotique, ni les motifs pour lesquels l'expertisé aurait cessé ce traitement.

L'experte a retenu que le critère de la perte d'appétit était en rémission sur la base des dires de l'expertisé, qui rapportait être obligé à manger par sa femme. Or, l'on

peut déduire le contraire de la même phrase. En effet, si sa femme l'obligeait à manger, c'était bien qu'il n'avait pas d'appétit.

L'experte a enfin conclu de la réintroduction du Valdoxan au début du mois de février 2016 que le médecin traitant de l'assuré considérait que cet antidépresseur était suffisant et que la rémission des symptômes de la dépression était déjà effective à cette époque, au motif que, dans le cas contraire, un autre traitement antidépresseur aurait été tenté et que le fait que la posologie avait été augmentée à deux fois la dose initiale indiquait que ce traitement avait été bénéfique. Cette conclusion n'est pas convaincante, car le Dr E_____ a indiqué que différents traitements antidépresseurs avaient dû être arrêtés en raison d'effets indésirables fortement handicapants et que le Valdoxan avait été réintroduit, car il était établi que le patient le supportait. L'on ne saurait ainsi retenir comme établi que la réintroduction de ce médicament signifiait que la rémission des symptômes de la dépression était déjà effective à cette époque. Le fait que la posologie a été augmentée indique au contraire qu'il était nécessaire de doubler la dose pour que le médicament soit bénéfique, ce qui n'avait été le cas jusque-là, puisque le médecin traitant l'avait interrompu en faveur d'autres antidépresseurs, qui n'avaient pas été supportés par l'assuré.

Au vu des considérations qui précèdent, une pleine valeur probante ne peut être reconnue au rapport d'expertise établi par la Dresse F_____.

La demande d'audition de cette dernière formée par la défenderesse sera rejetée, par appréciation anticipée des preuves, dès lors qu'elle ne saurait permettre de reconnaître une pleine valeur probante à son rapport, au vu de la nature des critiques formulées à son sujet.

Il n'en reste pas moins que cette expertise, en tant qu'elle retient qu'à un moment donné l'assuré ne se trouvait plus en état de dépression mais dans un processus de deuil, met suffisamment en cause les conclusions du médecin traitant pour rendre nécessaire une appréciation de la situation par un expert neutre.

8. S'agissant des questions complémentaires à la mission d'expertise requises par Mutuel, elles sont admises et seront transmises à l'expert.

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

Statuant préparatoirement :

1. Ordonne une expertise médicale.
2. La confie au Dr I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Chêne-Bourg.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré.
 - c. Examiner l'assuré.
 - d. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - f. Quelle est l'atteinte ou quelles sont les atteintes à la santé dont a souffert l'assuré (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ?
 - g. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?
 - h. Compte tenu de vos diagnostics, l'assuré pouvait-il exercer une activité lucrative à partir du 1^{er} février 2016, et à quel taux ?
 - i. Si non, à partir de quand pouvait-il exercer une activité lucrative et à quel taux ?
 - j. Cas échéant, l'incapacité de travail a-t-elle évolué depuis le 1^{er} février 2016 ?
 - k. Êtes-vous d'accord avec le rapport de la Dresse F_____ du 21 juin 2016 ?
 - l. Êtes-vous d'accord avec les rapports du Dr E_____ du 29 septembre 2016 et du 20 janvier 2017 ?
 - m. Êtes-vous d'accord avec la prise de position du Dr H_____ du 28 novembre 2016 ?
 - n. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
 - o. Questions complémentaires requises par l'intimé :
 - Êtes-vous aujourd'hui en mesure de vous prononcer de manière hautement vraisemblable (et d'étayer votre réponse) sur la question de la capacité de travail de l'assuré pendant la période du 1^{er} février 2016 au 31 août 2016, soit rétroactivement et plus d'un an après les faits ?
 - À partir de quelle date l'assuré était-il en mesure de faire des recherches d'emploi ?

- Depuis quelle date exerce-t-il à nouveau une activité professionnelle ?
4. Invite l'expert à déposer dans les meilleurs délais son rapport d'expertise en trois exemplaires à la chambre de céans.
 5. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le