



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1247/2019

ATAS/570/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 juillet 2020

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE

demanderesse

contre

VAUDOISE GÉNÉRALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA,
sise avenue de Cour 41, LAUSANNE

défenderesse

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____1977, exerce l'activité d'avocate indépendante dans une étude d'avocat, sise dans le canton de Vaud.

À ce titre, elle est assurée à titre collectif auprès de la Vaudoise générale compagnie d'assurances SA (ci-après : la Vaudoise ou l'assurance) pour une assurance d'indemnité journalière maladie prévoyant le versement d'une allocation journalière, en cas de maladie et accident, de 100 % du salaire de CHF 200'000.-, payable dès le 31^{ème} jour durant 730 jours. Le contrat d'assurance (police n° 00515673 4 5631) était valable du 10 février 2014 au 31 décembre 2015, avec renouvellement tacite. S'agissant des conditions d'acceptation, le contrat prévoyait une réserve médicale pour les troubles psychiques de toute nature et leurs suites. Dans ce cas, les prestations de l'assurance se limitaient à CHF 96'000.- de salaire assuré pour un délai d'attente de trente jours.

2. Entre janvier et juillet 2017, l'assurée a effectué deux procédures complètes de fécondation in vitro et transferts d'embryons auprès de la Stork IVF Klinik, à Copenhague (Danemark).
3. Le 12 avril 2017, l'assurée a adressé à la Vaudoise une déclaration de maladie en mentionnant une incapacité de travail dès le 20 février 2017 en raison d'une insomnie à la suite d'un fort traitement hormonal. Elle a transmis à l'assurance des certificats d'incapacité de travail, d'où il ressortait que l'intéressée avait été mise en arrêt de travail à 100 % du 20 février 2017 au 1^{er} mars 2017, puis à 50 % du 2 mars 2017 au 30 avril 2017 (certificats médicaux du docteur B_____, spécialiste FMH en gynécologie obstétrique et médecin traitant de l'assurée, de la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine générale, et de la doctoresse D_____ de la Stork IVF Klinik de Copenhague). Elle a également joint une attestation médicale du 11 avril 2017 de la doctoresse E_____, spécialiste en obstétrique, gynécologie et fertilité de la Stork IVF Klinik de Copenhague, précisant que le traitement hormonal de l'intéressée pouvait avoir des effets secondaires et que, dans son cas, il s'agissait d'insomnie.
4. Le 20 avril 2017, répondant aux questions de l'assurance, le Dr B_____ a posé le diagnostic de « burnout », précisant que cette affection s'était manifestée pour la première fois le 28 novembre 2016.
5. Le 4 mai 2017, la Dresse C_____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen réactionnel depuis janvier 2017, des troubles du sommeil majeurs (trois heures par nuit), ainsi qu'une irritabilité, une fatigue et une tristesse. L'incapacité de travail de sa patiente était de 50 % jusqu'au 14 mai 2017. Elle a précisé que l'assurée avait entamé un suivi par la psychologue, allait mieux et devrait reprendre le travail sous peu.
6. Le 15 mai 2017, l'assurance a communiqué à l'assurée un décompte de prestations mentionnant une indemnité en sa faveur de CHF 5'921.30, correspondant à CHF 1'841.70 pour sept jours d'incapacité de travail totale (du 24 mars 2017 au

30 mars 2017) à CHF 263.10 par jour et CHF 4'079.60 pour 31 jours d'incapacité de travail à 50 % (du 31 mars 2017 au 30 avril 2017) à CHF 131.60 par jour.

7. Le 22 mai 2017, l'assurance a reçu une fiche d'incapacité de travail de l'assurée remplie par la Dresse C_____ et attestant d'une incapacité de 50 % du 3 avril 2017 au 11 mai 2017.
8. Par courriel du 29 mai 2017, l'assurée a informé l'assurance que son arrêt de travail avait été prolongé jusqu'à la fin du mois de mai 2017.
9. Le 29 mai 2017, l'assurance a transmis à l'assurée un nouveau décompte de prestations, mentionnant une indemnité de CHF 4'079.60 pour la période du 1^{er} mai 2017 au 31 mai 2017 (à CHF 131.60 par jour).
10. Le 3 juillet 2017, l'assurance a reçu une note manuscrite écrite par l'assurée, par laquelle elle contestait le montant de l'indemnité journalière qui, d'après elle, devait s'élever à CHF 548.- pour une incapacité de travail de 100 %. Était jointe à cette note une fiche d'incapacité de travail de l'assurée remplie par la Dresse C_____ et attestant d'une prolongation de l'incapacité de 50 % jusqu'au 7 juillet 2017.
11. Le 6 juillet 2017, l'assurance a transmis à l'assurée un nouveau décompte de prestations, mentionnant une indemnité de CHF 3'948.- pour la période du 1^{er} juin 2017 au 30 juin 2017 (à CHF 131.60 par jour).
12. Le 10 juillet 2017, la Dresse E_____ a attesté de ce que l'assurée suivait un nouveau traitement de fertilité, entraînant de l'insomnie. Sa patiente était en incapacité de travail totale du 30 juin 2017 au 27 juillet 2017.
13. Le 27 juillet 2017, le docteur F_____, médecin conseil de l'assurance, a informé l'assurée que son incapacité de travail depuis le 20 février 2017 était en rapport avec le domaine psychique, raison pour laquelle l'assurance tenait compte de la réserve médicale pour le versement des indemnités journalières.
14. Le 16 août 2017, l'assurée a contesté l'appréciation du médecin conseil de l'assurance, précisant que son affection relevait d'une insomnie pendant 50 jours, un état d'épuisement conséquent, à la suite d'une dose importante d'hormones dans le cadre d'une fécondation in vitro. Son état de santé n'avait rien de psychique. Il s'agissait d'une réaction très rare à la prise de médicaments. Elle demandait à ce que sa situation soit examinée par un gynécologue ayant des connaissances spécifiques dans le domaine.
15. Le 24 août 2017, l'assurance a informé l'assurée de ce que son médecin-conseil maintenait sa position.
16. Le 31 octobre 2017, la Dresse C_____ a informé l'assurance de ce que sa patiente souffrait d'effets secondaires importants liés à un traitement hormonal lourd en vue d'une fécondation in vitro entre janvier et juillet 2017. Ces traitements avaient induit des troubles sévères du sommeil, avec comme conséquence des symptômes

de fatigue majeure, d'irritabilité, de troubles de la concentration qui correspondaient à un état d'épuisement secondaire à un traitement médicamenteux. L'origine de son état (qu'elle avait « malencontreusement » appelé épisode dépressif réactionnel, alors qu'elle aurait dû simplement parler d'un état d'épuisement, qui engendrait les mêmes symptômes) était donc purement somatique et n'était pas psychiatrique. Les premiers arrêts de travail avaient par ailleurs été établis par son gynécologue traitant, qui pouvait attester des traitements et de leurs conséquences.

17. Le 15 novembre 2017, l'assurée a transmis à l'assurance un certificat médical du Dr B_____ du 2 novembre 2017, d'où il ressortait que le traitement hormonal suivi par l'intéressée avait pour cause l'insomnie, raison pour laquelle la clinique danoise avait recommandé un arrêt de travail qu'il avait confirmé. Était également annexée une attestation de la Dresse E_____ du 1^{er} novembre 2017 selon laquelle le traitement de l'assurée avait entraîné des effets secondaires impliquant un arrêt de travail.
18. Le 22 janvier 2018, se référant à l'avis médical de son médecin-conseil, le docteur G_____, l'assurance a informé l'assurée de ce qu'elle maintenait sa position, au motif que les limitations fonctionnelles somatiques de l'assurée n'étaient pas suffisamment importantes pour justifier une incapacité de travail pendant la période du 20 février 2017 au 30 mars 2017 à 100 % et du 31 mars 2017 au 30 juin 2017 à 50 %.
19. Par mémo du 28 mars 2018, l'assurance a informé l'assurée qu'aucun nouvel élément ne lui était parvenu depuis son courrier du 22 janvier 2018, resté sans réponse.
20. Par acte du 22 mars 2019, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'une demande contre la Vaudoise. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, au versement de CHF 29'159.90 avec intérêts à 5 % l'an dès le 24 mars 2017. Ce montant correspondait à CHF 1'841.70 pour la période du 24 mars au 30 mars 2017 (incapacité de travail de 100 %), CHF 4'079.60 pour la période du 31 mars 2017 au 30 avril 2017 (incapacité de travail de 50 %), CHF 4'079.60 pour la période du 1^{er} mai 2017 au 31 mai 2017 (incapacité de travail de 50 %), CHF 3'816.40 pour la période du 1^{er} juin 2017 au 29 juin 2017 (incapacité de travail de 50 %) et CHF 15'342.60 pour la période du 30 juin 2017 au 27 juillet 2017 (incapacité de travail de 100 %). Elle a requis la production par l'assurance du curriculum vitae du Dr F_____ avec indications de ses compétences en matière de procréation médicalement assistée et tout document attestant d'une prise de contact entre le médecin précité et la Clinique Stork à Copenhague, ainsi que tout document attestant d'une prise de contact entre l'assurance et ladite clinique. L'assurée a également sollicité l'audition de la Dresse C_____.

En substance, elle a reproché à l'assurance d'avoir appliqué la réserve médicale en calculant les indemnités journalières sur la base d'une indemnité de CHF 263.10 par jour pour une pleine incapacité. Dans la mesure où l'atteinte à sa santé était d'ordre somatique et non psychique, il convenait de retenir une indemnité journalière de CHF 547.95 par jour pour une pleine incapacité.

21. Par réponse du 24 mai 2019, la Vaudoise a conclu au rejet partiel de la demande, précisant qu'une indemnité de CHF 7'235.20 devait encore être versée à l'assurée pour la période du 30 juin 2017 au 27 juillet 2017. Ce montant devait par conséquent être porté en déduction des conclusions de l'assurée.
22. Invitée par la chambre de céans à lui faire parvenir une réplique, l'assurée a sollicité des prolongations par courriers des 27 juin 2019, 15 août 2019, 13 septembre 2019 et 16 octobre 2019.

L'assurée a répliqué le 16 décembre 2019, persistant dans ses conclusions. Elle a produit un certificat médical du 22 août 2019 établi par le Dr B_____ et attestant d'un état d'épuisement de sa patiente en date du 24 janvier 2017, en lien avec son traitement hormonal. Le médecin a précisé qu'il ne s'agissait pas d'une maladie psychologique, mais bien d'une maladie somatique. L'assurée a également produit les notes personnelles de la Dresse C_____ datées du 3 avril 2017 et mentionnant des insomnies, sa patiente ne dormant que deux heures par nuit depuis trois mois.

23. Par duplique du 14 janvier 2020, l'assurance a maintenu ses précédentes conclusions. Elle a joint un décompte correctif pour la période du 1^{er} juin 2017 au 27 juillet 2017. Il en résultait un montant complémentaire de CHF 7'235.20 à porter en déduction de la demande et qui serait versé sur le compte bancaire de la demanderesse, selon le calcul suivant :

50 % du 1.06.2017 au 29.06. 2017	= 29 jours à CHF 131.60	= CHF 3'816.40
100 % du 30.06.2017 au 27.07.2017	= 28 jours à CHF 263.10	= CHF 7'366.80 -----
		CHF 11'948.-
		- CHF 3'948.- -----
		CHF 7'235.20

Pour le reste, l'assurance a maintenu ses précédentes conclusions.

24. Dans ses observations du 24 janvier 2020, l'assurée a persisté dans ses conclusions, précisant qu'une audience de comparution personnelle n'était pas nécessaire.

25. Le 31 janvier 2020, elle indiquée qu'elle entendait maintenir sa demande d'audition de la Dresse C_____.
26. La chambre de céans a transmis ces écritures à l'assurance.
27. Par ordonnance de preuves du 6 mars 2020, la chambre de céans a ordonné l'apport par la défenderesse des pièces sollicitées par la demanderesse (curriculum vitae du Dr F_____ et tout document attestant de la prise de contact entre le Dr F_____ et la Sork IVF Klinik, de même qu'entre la défenderesse et ladite clinique), ainsi que l'audition de la Dresse C_____.
28. Le 16 juin 2020, la chambre de céans a procédé à l'audition de la Dresse C_____.

La témoin a indiqué qu'elle suivait l'assurée depuis 2001. Elle avait vu sa patiente en consultation en début d'année 2017 en raison de son traitement hormonal. Cela faisait six ans qu'elle ne l'avait pas revue (la dernière séance remontant à 2011). Lors de la consultation, sa patiente avait eu trois mois de privation de sommeil, ce qui avait développé des symptômes de la lignée dépressive. C'est la raison pour laquelle elle avait posé le diagnostic d'épisode dépressif réactionnel dans son rapport du 4 mai 2017. Il s'agissait d'une réaction au manque de sommeil. La doctoresse a admis qu'elle aurait dû préciser, dans ce rapport, que l'épisode dépressif était dû au manque de sommeil. Elle l'avait cependant indiqué dans ses notes personnelles du 3 avril 2017, ainsi que dans un rapport médical ultérieur. Questionnée au sujet du suivi psychologique mentionné dans son rapport du 4 mai 2017, la doctoresse a indiqué que sa patiente l'avait entamé durant son arrêt de travail. Le suivi avait été mis en place en raison des échecs subis suite aux différents traitements hormonaux. Il n'était pas lié au manque de sommeil. Lorsqu'elle avait indiqué que sa patiente « allait mieux » dans son rapport du 4 mai 2017, elle se référait au traitement qu'elle prenait pour dormir. Questionnée au sujet du diagnostic de « burnout » posé par le Dr B_____, elle a indiqué qu'il s'agissait d'une forme de dépression par épuisement. Les symptômes du burnout – qui, selon elle, ne figurait pas parmi les diagnostics reconnus médicalement – étaient les mêmes que ceux de l'épisode dépressif réactionnel, à savoir fatigue, manque d'entrain et troubles du sommeil. La doctoresse a précisé, enfin, qu'elle n'avait plus revu sa patiente depuis deux ans et qu'elle n'avait jamais subi de pression de sa part pour préciser son diagnostic d'épisode dépressif réactionnel.

29. À la suite de l'audition, les parties ont renoncé à de nouvelles offres de preuve. Sur quoi, 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), 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 l'art. 24 des conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) du 1^{er} mai 2009, auxquelles renvoie le contrat d'assurance, ce dernier 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 les personnes B_____, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'occurrence, l'art. 23 des CGA prévoit que pour tout litige résultant du présent contrat, l'assurance reconnaît la compétence des tribunaux du domicile suisse du preneur d'assurance, de l'assuré ou de l'ayant droit.

La demanderesse, en sa qualité d'assurée, ayant son domicile dans le canton de Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

3.
 - a. Dans le cadre d'un litige fondé sur la LCA, l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à compter du fait d'où naît l'obligation (art. 46 al. 1 LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. En matière d'assurance collective contre les accidents ou la maladie, l'art. 87 LCA confère un droit propre au bénéficiaire contre l'assureur. Cette disposition institue une créance indépendante au profit de l'ayant droit, créance qui naît au moment de la survenance du cas d'assurance.
 - b. L'employeur en tant que preneur d'assurance et la défenderesse en qualité d'assureur ont conclu un contrat collectif d'indemnité journalière selon la LCA. Par cette convention, la demanderesse était couverte contre le risque de perte de gain due à la maladie. Il s'agit d'une assurance au profit de tiers (cf. art. 18 al. 3 LCA), qui confère un droit propre à l'assuré qu'il peut faire valoir contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA, de nature impérative (cf. art. 98 LCA ; ATF 141 III 112 consid. 4.3).
 - c. Par conséquent, la demanderesse possède la légitimation active pour agir contre la défenderesse. Sa demande a en outre été déposée dans le délai de deux ans susmentionné.
4. Pour le surplus, la demande en paiement du 22 mars 2019, intentée dans les deux ans à compter du fait d'où naît l'obligation (art. 46 al. 1 LCA) et qui respecte les conditions de forme légales (art. 130 et 244 CPC), est recevable.

5. 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).

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 preuve 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).

6. L'objet du litige consiste à déterminer le montant de l'indemnité journalière due par l'assurance, étant précisé que les parties s'accordent tant sur la durée que sur le degré d'incapacité de travail de la demanderesse.
7. En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladies pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires qui relèvent de la liberté contractuelle des parties hormis quelques dispositions impératives en matière d'indemnités journalières (ATF 124 V 201 consid. 3d).

Le droit aux prestations d'assurances se détermine sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.253/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a).

Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance. En effet, l'art. 100 LCA renvoie au droit des obligations, et partant, au Code des obligations (CO - RS 220). Lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante, le juge doit donc, comme pour tout autre contrat, recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la « réelle et commune intention des parties », le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices (art. 18 al. 1 CO) (arrêt du Tribunal fédéral 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 2.1). S'il ne parvient pas à établir avec certitude cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des contractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques (application du principe de la confiance ; ATF 132 III 268 consid. 2.3.2). Ce faisant, le juge doit partir de la lettre du contrat et tenir compte des circonstances qui ont entouré sa conclusion (arrêt du Tribunal fédéral 5C.134/2002 du 17 septembre 2002 consid. 3.1). On s'en tiendra à l'usage général et quotidien de la langue, sous réserve des acceptions techniques propres au risque envisagé (ATF 118 II 342 consid. 1a). En outre, il est exclu d'interpréter de manière isolée les divers éléments du contrat ; chaque clause contractuelle doit être interprétée à partir du contrat dans son ensemble. Partant, lorsque les parties, dans le contrat d'assurance ou dans les conditions générales d'assurance qui en font partie intégrante, ont convenu de la définition à donner à un terme, c'est cette définition conventionnelle qui fait foi (arrêt du Tribunal fédéral non publié 5C.44/2004 du 21 mai 2004 consid. 2.1).

Lorsqu'un assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions ; lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut se demander comment le

destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi (ATF 135 III 410 consid. 3.2). La jurisprudence a nuancé le principe selon lequel il y aurait lieu de recourir à des règles d'interprétation uniquement si les termes de l'accord passé entre parties laissent planer un doute ou sont peu clairs. On ne peut ériger en principe qu'en présence d'un « texte clair », on doit exclure d'emblée le recours à d'autres moyens d'interprétation. Il ressort de l'art. 18 al. 1 CO que le sens d'un texte, même clair, n'est pas forcément déterminant et que l'interprétation purement littérale est au contraire prohibée. Même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire à première vue, il peut résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que le texte de ladite clause ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (ATF 127 III 444 consid. 1b).

8. En l'occurrence, l'art. 2.2 CGA définit la maladie comme toute atteinte à la santé physique ou mentale médicalement décelable qui n'est pas due à un accident, à une lésion assimilable à un accident, à une maladie professionnelle couverte au titre de l'assurance-accident. Est en incapacité de travailler la personne qui, en raison d'une maladie, ne peut exercer son activité professionnelle habituelle, ou, si l'incapacité dure un certain temps, reste dans l'impossibilité d'exercer toute autre activité raisonnablement exigible eu égard à son état de santé et à ses aptitudes (art. 2.1 CGA).

Le contrat d'assurance collective maladie perte de salaire de la demanderesse prévoit le versement d'une allocation journalière, en cas de maladie et accident, de 100 % du salaire assuré de CHF 200'000.-, payable dès le 31^{ème} jour durant 730 jours. Les conditions d'acceptation de l'assurance, signées par la demanderesse le 15 avril 2014, mentionnent cependant une réserve médicale pour « les troubles psychiques de toute nature et leurs suites » (pièce 4 défenderesse). Dans ces cas, le salaire assuré est de CHF 96'000.- et le délai d'attente est de trente jours.

9. Le litige consiste donc à déterminer si l'atteinte à la santé ayant entraîné l'incapacité de travail de la demanderesse a une origine psychique ou somatique.
10. En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est

alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; 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).

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 lorsque, comme en l'espèce, une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu. Selon ce principe, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2). S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte

médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références ; cf. également ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_412/2010 du 27 septembre 2010 consid. 3.1).

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). De même, le rapport d'un médecin-conseil de l'assurance a force probante pour autant qu'il soit motivé de manière convaincante, sans contradictions, et qu'il n'y ait aucun élément faisant douter de sa fiabilité. Le simple fait que le médecin consulté soit lié par un rapport de travail à la compagnie d'assurance ne suffit pas encore à douter de son objectivité ni à soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.3). Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle le demandeur sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATA/143/1999 du 2 mars 1999).

11. En l'espèce, d'après la demanderesse, le montant des indemnités journalières s'élève à CHF 548.- par jour pour une pleine incapacité de travail. Elle se fonde, en cela, sur le contrat d'assurance collective maladie perte de salaire de la demanderesse, lequel prévoit le versement d'une allocation journalière, en cas de maladie et accident, de 100 % du salaire assuré de CHF 200'000.-. La défenderesse considère quant à elle que le montant des indemnités journalières s'élève à CHF 263.- par jour pour une pleine incapacité de travail. Ce montant résulte de la réserve médicale pour les troubles psychiques figurant dans les conditions d'acceptation et limitant le salaire assuré à CHF 96'000.-.

En l'occurrence, il ressort du dossier que la cause de l'incapacité de travail de la demanderesse a été évoquée pour la première fois le 11 avril 2017 par la Dresse E_____, de la Stork IVF Klinik, selon laquelle l'intéressée souffrait d'insomnie en raison de son traitement hormonal, raison pour laquelle elle avait

recommandé un arrêt de travail. Ce diagnostic a par la suite été confirmé par la médecin précitée dans ses attestations des 10 juillet 2017 et 1^{er} novembre 2017.

D'après la défenderesse, ce diagnostic aurait été infirmé par les Drs B_____ et C_____, lesquels auraient attesté d'une atteinte d'ordre psychique. Il est vrai que dans son rapport médical du 20 avril 2017, le Dr B_____ a posé le diagnostic de « burnout » depuis le 28 novembre 2016, la Dresse C_____ ayant quant à elle retenu celui d'épisode dépressif moyen réactionnel dans son rapport médical du 4 mai 2017. Or, entendue en audience, la Dresse C_____ a expliqué que sa patiente avait développé des symptômes de la lignée dépressive, un diagnostic secondaire à la privation de sommeil liée au traitement hormonal. Son diagnostic d'épisode dépressif réactionnel était donc lié principalement au manque de sommeil. Ce diagnostic ressortait d'ailleurs de ses notes personnelles du 3 avril 2017 dans lequel elle avait indiqué que l'intéressée avait des insomnies et ne dormait que deux heures par nuit depuis trois mois. Ce diagnostic a encore été précisé par la suite dans une attestation du 31 octobre 2017, dans laquelle la doctoresse a indiqué que les traitements in vitro subis par sa patiente avaient induit des troubles sévères du sommeil, avec comme conséquence des symptômes de fatigue majeure, d'irritabilité et de troubles de la concentration. Il s'agissait d'un état d'épuisement, dont les symptômes étaient les mêmes que ceux de l'épisode dépressif réactionnel. Au vu de ces éléments, en particulier des explications fournies par la doctoresse en audience, il convient de retenir que la Dresse C_____ a fondé l'incapacité de travail de la demanderesse essentiellement sur l'insomnie dont souffrait l'intéressée.

Il en va de même de l'incapacité de travail attestée par le gynécologue traitant de la demanderesse. Questionnée au sujet du diagnostic de « burnout » posé par ce médecin, la Dresse C_____ a expliqué en audience qu'il s'agissait d'une forme de dépression par épuisement. Ce terme ne figurait du reste pas dans la nomenclature scientifique. Les symptômes étaient les mêmes que l'épisode dépressif réactionnel, à savoir la fatigue, le manque d'entrain et les troubles du sommeil. Le Dr B_____ a par ailleurs lui-même précisé que la cause à l'origine de l'incapacité de travail de sa patiente était l'insomnie (attestations des 2 novembre 2017 et 22 août 2019). Il a notamment expliqué avoir confirmé l'incapacité de travail de l'intéressée sur la base des attestations des médecins de la Stork IVF Klinik. Or ceux-ci avaient expressément indiqué que l'insomnie était à l'origine de son incapacité de travail.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, il convient d'admettre que la demanderesse, à qui incombait la preuve, a démontré à satisfaction que son incapacité de travail avait pour origine une cause somatique et non psychique. Il appert en effet que les médecins consultés, à savoir les Drs E_____, C_____ et B_____, sont unanimes sur ce point. L'appréciation contraire du Dr F_____, médecin conseil de la défenderesse, lequel n'a pas rencontré la demanderesse, ne permet pas de douter des analyses convergentes des médecins précités. Il s'ensuit que l'incapacité de travail de la demanderesse ne tombe pas sous la réserve médicale établie lors de la

conclusion du contrat. Le montant de l'indemnité journalière doit partant être fixé sur la base du salaire annuel convenu de CHF 200'000.-.

La demande doit ainsi être admise. Dans la mesure où le salaire annuel convenu est de CHF 200'000.-, l'indemnité journalière s'élève à CHF 547.95, arrondi à CHF 548.- (CHF 200'000.- / 365). Compte tenu du montant complémentaire de CHF 7'235.20 versé par la défenderesse en janvier 2020 (selon décompte du 14 janvier 2020 : CHF 11'183.20 [pour les mois de juin et juillet 2017] – CHF 3'948.- [déjà versés pour le mois de juin 2017 selon décompte du 6 juillet 2017]), le montant dû par la défenderesse à la demanderesse s'élève à CHF 22'929.90, arrondi à CHF 22'930.-. Ce montant correspond en effet à 35 jours d'indemnité journalière à 100 % (CHF 548.- x 35 = CHF 19'180.-) et à 91 jours d'indemnité journalière à 50 % (CHF 274.- x 91 = 24'934.-), sous déduction des CHF 21'184.10 (CHF 1'841.70 [mars] + CHF 4'079.60 [avril] + CHF 4'079.60 [mai] + CHF 3'816.40 [juin] + CHF 7'366.80 [juillet]) déjà versés par la défenderesse.

12. La demanderesse réclame enfin des intérêts moratoires sur les indemnités journalières qui lui sont dues.

a. L'art. 41 al. 1 LCA dispose que la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention. Les « renseignements » au sens de l'art. 41 LCA visent des questions de fait, qui doivent permettre à l'assureur de se convaincre du bien-fondé de la prétention de l'assuré (cf. l'intitulé de l'art. 39 LCA). Ils correspondent aux devoirs de déclaration et de renseignement institués par les art. 38 et 39 LCA (cf. ATF 129 III 510 consid. 3 p. 512 ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_58/2019 du 13 janvier 2020 consid. 4.1 ; 4A_489/2017 du 26 mars 2018 consid. 4.3 ; 4A_122/2014 du 16 décembre 2014 consid. 3.5 ; BREHM, Le contrat d'assurance RC, 1997, nos 512 et 515 s.). Le délai de délibération de quatre semaines laissé à l'assureur ne court pas tant que l'ayant droit n'a pas suffisamment fondé sa prétention ; tel est par exemple le cas lorsque, dans l'assurance contre les accidents, l'état de santé véritable de l'ayant droit n'est pas éclairci parce que ce dernier empêche le travail des médecins (arrêts du Tribunal fédéral 4A_307/2008 du 27 novembre 2008 consid. 6.3.1 ; JÜRGENEF, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 4A_16/2017 du 8 mai 2017 consid. 3.1 ; 4A_122/2014 précité, consid. 3.5 ; 4A_206/2007 du 29 octobre 2007 consid. 6.3 ; 5C.18/2006 du 18 octobre 2006 consid. 6.1 in fine ; cf. NEF, op. cit., n° 20 in fine ad art. 41 LCA, et GROLIMUND / VILLARD, in Basler Kommentar, Nachführungsband 2012, n° 20 ad art. 41 LCA). Un débiteur peut valablement être interpellé avant même l'exigibilité de la créance (ATF 103 II 102 consid. 1a ; Rolf WEBER, Berner Kommentar, 2000, n. 102 ad art. 102 CO). La demeure ne déploie toutefois ses effets qu'avec l'exigibilité de la créance (cf. ATAS/1176/2019 du 18 décembre 2019).

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

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

D'après la demanderesse, les intérêts moratoires sont dus dès le 24 mars 2017. Il ressort toutefois du dossier que la cause de son incapacité de travail – l'insomnie – a été évoquée pour la première fois dans une attestation de la Stork IVF Klinik du 11 avril 2017, reçue par la défenderesse le 13 avril 2017. Comme exposé ci-avant, ce diagnostic a été rapidement mis en doute par les rapports des médecins traitants de la demanderesse des 20 avril 2017 et 4 mai 2017, reçus par la défenderesse respectivement les 26 avril 2017 et 10 mai 2017, et qui faisaient état d'un « burnout » et d'un « épisode dépressif ». En présence de rapports a priori contradictoires, on peut admettre qu'à ce moment-là, la défenderesse n'était pas encore en mesure d'apprécier le bien-fondé des prétentions de la demanderesse. Les Drs C_____ et B_____ ont toutefois précisé leurs diagnostics dans deux rapports ultérieurs, reçus par la défenderesse les 6 et 17 novembre 2017, dans lesquels ils ont mis l'accent sur l'origine somatique de l'incapacité de travail de la demanderesse. Ces médecins confirmaient, en cela, l'appréciation constante de la Dresse E_____, de la Stork IVF Klinik (cf. certificats médicaux de la Dresse E_____ des 11 avril 2017, 10 juillet 2017 et 1^{er} novembre 2017). Il convient donc d'admettre qu'à tout le moins le 17 novembre 2017, la défenderesse avait reçu tous les renseignements nécessaires pour se convaincre du bien-fondé des prétentions de la demanderesse.

À cette date, la demanderesse avait déjà interpellé la défenderesse. En effet, dans une note reçue par l'assurance le 3 juillet 2017, l'intéressée avait contesté le montant de l'indemnité journalière, exigeant le paiement de CHF 547.95, en lieu et place des CHF 263.- versés jusque-là. Si le montant des prestations dues n'était certes pas expressément chiffré, la note décrivait la prestation à effectuer de manière suffisamment précise pour que l'assurance puisse reconnaître ce

qu'exigeait la demanderesse, étant rappelé qu'un débiteur peut valablement être interpellé avant même l'exigibilité de la créance (cf. *supra* consid. 12a).

Il s'ensuit que l'intérêt moratoire est dû quatre semaines après le 17 novembre 2017, soit le 15 décembre 2017. La défenderesse sera donc condamnée au paiement de CHF 22'930.-, avec intérêts à 5 % dès le 15 décembre 2017.

13. Il n'y a pas lieu à l'allocation de dépens en faveur de la demanderesse, qui comparait en personne et n'expose pas avoir engagé de frais pour les démarches effectuées (art. 95 al. 3 let. c CPC).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC ; art. 22 al. 3 LaCC).

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse la somme de CHF 22'930.-, avec intérêts à 5 % dès le 15 décembre 2017.
4. Dit qu'il n'est pas alloué de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14), sans égard à sa valeur litigieuse (art. 74 al. 2 let. b LTF). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie NIERMARÉCHAL

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