



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2333/2025

ATAS/169/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 mars 2026

Chambre 6

En la cause

A _____

demanderesse

représentée par Me Andres PEREZ, avocat

contre

AXA ASSURANCES SA

représentée par Me Radivoje STAMENKOVIC, avocat

défenderesse

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE,
juges assesseures.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1979, a été engagée en qualité d'ingénieure informaticienne à plein temps par une entreprise active dans le domaine informatique (ci-après : l'employeuse) à compter du 16 janvier 2023.
- b.** À ce titre, elle était au bénéfice d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie conclue par son employeuse auprès de AXA ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance).
- B.** **a.** Par courrier du 27 avril 2023, l'employeuse a mis un terme aux rapports de travail avec effet au 31 mai 2023.
- b.** Par déclaration du 9 juin 2023, une incapacité de travail totale de l'assurée depuis le 8 mai 2023 a été annoncée à l'assurance.
- c.** Dans un rapport du 23 juin 2023, le docteur B_____, spécialiste en radiologie, a indiqué que l'échographie de l'épaule gauche de l'assurée réalisée la veille avait mis en évidence une tendinopathie simple d'insertion du supra-épineux sans apparition de calcification gênante et sans bursite associée.
- d.** Dans un rapport du 23 juillet 2023, le docteur C_____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de douleur scapulaire récurrente (M 75.8) et de fatigue physique et psychologique (R53). La capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité.
- e.** Dans un rapport du 27 juillet 2023, le docteur D_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a considéré que l'assurée ne présentait pas de limitation dans son activité habituelle en lien avec la tendinopathie dont elle souffrait.
- f.** Dans un rapport du même jour, la docteure E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie chez T_____, a retenu le diagnostic d'état dépressif modéré (F32.1). La première consultation avait eu lieu le 22 juin 2023. La capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité.
- g.** Le 29 août 2023, la docteure F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de l'assurance, a examiné l'assurée. Dans un rapport du même jour, elle a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0), sans effet sur la capacité de travail de l'assurée.
- h.** Par lettre du 8 septembre 2023, l'assurance, en s'appuyant sur les conclusions de cette expertise, a fait savoir à l'assurée qu'elle cesserait le versement des indemnités journalières à compter du 30 août 2023.
- i.** Dans un rapport du 17 octobre 2023, la Dre E_____ a fait état d'une thymie basse avec des ruminations dépressives associées à des difficultés de sommeil et d'organisation. L'assurée présentait des idées délirantes de persécution avec une participation affective intense, un sentiment de désespoir, un sentiment

d'isolement, une fatigabilité psychique, une faible résistance psychique et des épisodes de désorganisation. L'assurée restait très réticente à la prise d'un traitement antidépresseur. De la Quétiapine était prescrite afin de traiter les difficultés de sommeil.

j. Par appréciation du 17 octobre 2023, la Dre F_____ a admis une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée, justifiant son incapacité de travail, et relevé qu'un traitement psychotrope devenait exigible.

k. Sur ce, par courrier du 20 novembre 2023, l'assurance a informé l'assurée de la reprise du versement des indemnités journalières.

l. L'assurance a confié une expertise au docteur G_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a examiné l'assurée le 15 février 2024. Dans un rapport du 17 février 2024, il a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) et de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9). Le taux d'incapacité de travail était, dans l'activité habituelle, de 100%, mais de 50% à partir de mi-mai 2024 et de 0% dès juin 2024, avec l'ajustement de la psychopharmacothérapie. Dans une activité adaptée (non qualifiée ou peu qualifiée, simple et itérative, sans exigence d'adaptabilité, sans travail en équipe, sans pression psychique particulière [stress], sans responsabilité étendue, sans nécessité de prendre des décisions importantes), le taux d'incapacité de travail était de 100%, mais de 50% à partir de mi-avril 2024 et de 0% dès mai 2024. Il existait une indication formelle pour la mise en place d'un médicament antidépresseur, qui était raisonnablement exigible, pour autant qu'il n'entraîne pas d'effets secondaires marqués ou prolongés. L'augmentation de la posologie de la Quétiapine aurait pour effet de potentialiser l'antidépresseur et de diminuer la querulence et l'idéation persécutoire.

m. Par pli du 29 février 2024, l'assurance a avisé l'assurée que la poursuite du versement des indemnités journalières conformément aux conclusions de l'expert précité dépendait de la mise en place des recommandations thérapeutiques qu'il avait formulées en collaboration avec le médecin traitant. Une fois celles-ci entreprises, elle invitait l'assurée à lui renvoyer le formulaire joint (intitulé « Confirmation du début du traitement ») dûment complété dans le délai imparti au 14 mars 2024. À défaut, les prestations d'assurance seraient suspendues jusqu'à réception de ce document.

n. Dans un rapport du 8 mars 2024 relatif à un séjour de l'assurée du 30 novembre au 1^{er} décembre 2023, la docteure H_____, médecin-chef de service à la Clinique I_____ - Médecine interne de réhabilitation, a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Le lendemain de son admission, l'assurée avait demandé un congé pour se rendre à Genève en raison d'un entretien. En l'absence de critère de gravité clinique objectif, aucune objection face à la décision de l'assurée d'interrompre son séjour n'avait été émise.

o. Par courrier du 2 mai 2024, l'assurance a attesté avoir versé à l'assurée, pour l'année 2023, des indemnités journalières du 1^{er} juillet au 31 décembre 2023 à hauteur de CHF 53'641.55.

p. Dans un rapport du 13 juin 2024, la Dre E_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis avril 2024. Cette dernière n'arrivait pas à s'occuper de ses affaires administratives. Ses comptes bancaires avaient été bloquées par l'office des poursuites. Elle faisait face à de nombreuses sommations en cascade de la part de nombreuses administrations et autres services. Le status était défavorable avec réapparition d'idées suicidaires et une symptomatologie dépressive sévère. En raison de symptôme psychotique avec des pensées à contenu de plus en plus persécutoire, l'assurée se méfiait des hospitalisations ou d'un traitement médicamenteux. L'incapacité de travail était de 100%.

q. Par appréciation du 26 juin 2024, le docteur J_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-consultant de l'assurance, a relevé que l'assurée refusait, sans excuse médicale convaincante, un traitement antidépresseur, prescrit depuis une année et médicalement nécessaire.

r. Par pli du 8 juillet 2024, l'assurance a annoncé à l'assurée qu'elle procéderait à la clôture du dossier, dès lors qu'une adaptation de traitement comme exigée n'avait pas été respectée.

s. Dans un rapport du 30 juillet 2024, la Dre E_____ a certifié que le traitement de Sertraline 50 mg avait été arrêté à la suite de l'apparition d'un eczéma et que l'assurée avait accepté un traitement antidépresseur de Fluoxétine 20 mg, en parallèle au traitement par Quétiapine 100 mg et à la psychothérapie hebdomadaire.

t. Par lettre du 14 août 2024, l'assurance a signifié à l'assurée que les indemnités journalières seraient versées à 100% dès le 15 mai 2024.

C. a. À la demande de l'assurance, le 30 octobre 2024, le docteur K_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a examiné l'assurée. Dans un rapport du 6 novembre 2024, l'expert n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique incapacitant.

b. Par courrier du 21 novembre 2024, l'assurance a informé l'assurée de la fin du versement des indemnités journalières à compter du 1^{er} décembre 2024, dès lors que sa capacité de travail à 100% était exigible au jour de l'expertise le 30 octobre 2024.

c. Dans un rapport du 14 février 2025, le docteur L_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie chez T_____, a fait état d'une rechute en novembre [2024], entraînant une incapacité de travail de 100% en raison d'une symptomatologie dépressive et anxieuse, à réévaluer dans quatre à six semaines.

d. Dans un rapport du 3 mars 2025, le Dr K_____ a estimé que le Dr L_____ n'apportait pas d'éléments qui pourraient influencer son appréciation clinique effectuée le 30 octobre 2024.

e. Par appréciation du 11 mars 2025, le Dr J_____ a considéré que l'incapacité alléguée par le Dr L_____ n'était pas vraisemblable.

f. Par lettre du 13 mars 2025, l'assurance a maintenu la fin du versement des indemnités journalières au 1^{er} décembre 2024, en l'absence d'élément médical nouveau susceptible de remettre en cause l'évaluation du cas.

g. Dans un rapport du 20 mars 2025, le Dr L_____ a informé l'assurance que l'assurée avait été victime d'un accident de la route lors d'une attaque de panique-anxiété paroxystique le 15 février 2025. Elle avait embouti trois voitures, ayant entraîné une aggravation de son état de santé mental. Lors d'un nouvel épisode d'attaque de panique le 24 février 2025, elle avait par ailleurs chuté et s'était fracturé le radius du poignet gauche, nécessitant le port d'un plâtre. Ces éléments contribuaient à sa symptomatologie dépressive sévère.

h. Par lettre du 8 avril 2025, l'assurance a indiqué à l'assurée qu'elle n'intervenait pas pour les suites d'accident, et qu'elle classait le dossier pour le cas de maladie.

i. Le dossier comprend les arrêts de travail suivants :

- du 8 au 14 mai 2023 à 100% (certificat du Dr C_____ du 10 mai 2023) ;
- du 15 mai au 4 juin 2023 à 100% (certificat du Dr C_____ du 28 mai 2023) ;
- du 31 mai au 18 juin 2023 à 100% (certificat du Dr C_____ du 31 mai 2023) ;
- du 14 au 23 juin 2023 à 100% (certificat du Dr C_____ du 14 juin 2023) ;
- du 23 juin au 7 juillet 2023 à 100% (certificat de la Dre E_____ du 22 juin 2023) ;
- du 6 juillet au 6 août 2023 à 100% (certificat de la Dre E_____ du 6 juillet 2023) ;
- du 1^{er} au 31 août 2023 à 100% (certificat de la Dre E_____ du 27 juillet 2023) ;
- du 1^{er} au 30 septembre 2023 à 100% (certificat de la Dre E_____ du 24 août 2023) ;
- du 1^{er} au 31 octobre 2023 à 100% (certificat de la Dre E_____ du 22 septembre 2023) ;
- du 1^{er} au 30 novembre 2023 à 100% (certificat de la Dre E_____ du 26 octobre 2023) ;
- du 1^{er} au 31 décembre 2023 à 100% (certificat de la Dre E_____ du 15 décembre 2023) ;

- du 1^{er} au 31 janvier 2024 à 100% (certificat de la Dre E_____ du 28 décembre 2023) ;
- du 1^{er} au 29 février 2024 à 100% (certificat de la Dre E_____ du 31 janvier 2024) ;
- du 1^{er} au 31 mars 2024 à 100% (certificat de la Dre E_____ du 1^{er} mars 2024) ;
- du 1^{er} au 30 avril 2024 à 100% (certificat de la Dre E_____ du 5 avril 2024) ;
- du 1^{er} au 31 mai 2024 à 100% (certificat de la Dre E_____ du 24 avril 2024) ;
- du 1^{er} au 30 juin 2024 à 100% (certificat de la Dre E_____ du 24 mai 2024) ;
- du 1^{er} au 31 juillet 2024 à 100% (certificat de la Dre E_____ du 6 juin 2024) ;
- du 1^{er} août au 1^{er} septembre 2024 à 100% (certificat du Dr L_____ du 5 août 2024) ;
- du 1^{er} au 30 septembre 2024 à 100% (certificat du Dr L_____ du 2 septembre 2024) ;
- du 1^{er} au 31 octobre 2024 à 100% (certificat du Dr L_____ du 7 octobre 2024) ;
- du 1^{er} novembre au 1^{er} décembre 2024 à 100% (certificat du Dr L_____ du 4 novembre 2024) ;
- du 1^{er} décembre 2024 au 1^{er} janvier 2025 à 100% (certificat du Dr L_____ du 12 décembre 2024) ;
- du 1^{er} janvier au 1^{er} février 2025 à 100% (certificat du Dr L_____ du 6 janvier 2025) ; et
- du 1^{er} mars au 1^{er} avril 2025 à 100% (certificat du Dr L_____ du 10 mars 2025).

D. a. Par acte du 2 juillet 2025, l'assurée, représentée par un avocat, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'une demande en paiement à l'encontre de l'assurance, en concluant, sous suite de frais et dépens, à la reprise immédiate du versement des indemnités journalières, et à la condamnation de la défenderesse à lui payer la somme de CHF 62'426.42, avec intérêts à 5% l'an, à titre d'indemnités journalières dues depuis le 1^{er} décembre 2024 jusqu'à ce jour.

La demanderesse a contesté le rapport d'expertise du Dr K_____, dont les conclusions ne pouvaient pas être suivies au regard des pièces médicales au dossier.

Dans un rapport du 13 juin 2024, la Dre E_____ avait fait état d'une aggravation clinique depuis avril 2024, en évoquant une incapacité de gestion des affaires

personnelles, des idées suicidaires et une dépression sévère. Dans un certificat du 30 juillet 2024, cette spécialiste avait attesté de la mise en place d'un traitement antidépresseur à base de Fluoxétine et de l'augmentation de la posologie de la Quétiapine à 100 mg, en plus d'un suivi psychothérapeutique hebdomadaire, confirmant ainsi la persistance de troubles psychiatriques significatifs.

Dans un rapport du 14 février 2025, le Dr L_____ avait signalé une rechute grave du trouble dépressif sévère depuis le mois de novembre 2024 et décrit de nombreuses limitations fonctionnelles qui empêchaient la demanderesse d'exercer toute activité, à savoir une résistance nulle à l'effort, des difficultés majeures d'adaptation et de flexibilité, des troubles importants de la mémoire, de la concentration, du jugement et de la prise de décision, une faible capacité d'affirmation de soi, des difficultés à établir des contacts sociaux, une méfiance envers autrui, un sentiment de culpabilité et de dévalorisation, une anhédonie, une aboulie et apathie affectant la réalisation des activités quotidiennes, ainsi qu'une altération globale des capacités cognitives et relationnelles.

Ces constatations étaient d'autant plus crédibles qu'elles étaient corroborées par les événements survenus par la suite (chute, fracture, accident de la route, attaques de panique), directement en lien avec la symptomatologie psychiatrique selon le rapport du psychiatre traitant du 20 mars 2025.

Le Dr K_____ perdait de vue que la demanderesse avait bien été hospitalisée à I_____ pour la prise en charge de son état dépressif.

Compte tenu de ces éléments, la défenderesse ne pouvait pas se contenter de cesser le versement des prestations, sans ordonner une nouvelle évaluation de l'incapacité de travail.

À supposer même que sa capacité de travail ait été temporairement rétablie au moment de l'expertise, l'aggravation constatée par le Dr L_____ dès novembre 2024 était intervenue avant même la date de cessation des prestations au 1^{er} décembre 2024.

Cette rechute, en lien direct avec l'atteinte initiale, fondait manifestement le droit de la demanderesse à percevoir des indemnités journalières à compter du 1^{er} décembre 2024.

Par ailleurs, elle avait effectivement suivi un traitement antidépresseur, interrompu pour des raisons médicales, avant qu'un nouveau traitement médicamenteux soit mis en place. Il n'était dès lors pas établi qu'elle aurait manqué à ses obligations contractuelles ou légales.

Au vu de ces éléments, la défenderesse devait poursuivre le versement des indemnités journalières dès le 1^{er} décembre 2024 à ce jour, dans la mesure où l'aggravation de l'état de santé entraînait une incapacité de travail encore actuelle.

Le montant de l'indemnité journalière s'élevait à CHF 291.53, d'après un courriel de la défenderesse du 28 mars 2024 que la demanderesse a produit.

Conformément au rapport du Dr L_____ du 8 avril (*recte* : 14 février) 2025, elle se trouvait toujours en incapacité de travail à 100%. La défenderesse lui avait versé des indemnités journalières jusqu'au 30 novembre 2024. Dès lors, la demanderesse avait droit au rétroactif des indemnités journalières pour son incapacité de travail à 100% à compter du 1^{er} décembre 2024 à ce jour (214 jours), ainsi qu'à la reprise du versement des indemnités journalières. Le montant total du rétroactif des indemnités s'élevait à CHF 62'426.42, assorti d'un intérêt moratoire de 5% l'an dès le 1^{er} décembre 2024.

b. Par réponse du 10 septembre 2025, la défenderesse a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande dans la mesure de sa recevabilité, et sollicité les dossiers de l'assurance-invalidité et de l'assurance-chômage de la demanderesse.

En se référant aux rapports d'expertise du Dr K_____ du 6 novembre 2024, à son complément du 3 mars 2025, et à l'appréciation du Dr J_____ du 11 mars 2025, la défenderesse a exposé qu'il n'existait aucune incapacité de travail au-delà du 1^{er} décembre 2024. L'expertise du Dr K_____ revêtait une pleine force probante. La demanderesse avait pu librement exprimer ses plaintes, lesquelles avaient été fidèlement retranscrites par l'expert. Ce dernier avait réalisé une étude approfondie du dossier médical. Il avait apprécié les diagnostics et examens mis en œuvre par la psychiatre traitante et exposé les motifs pour lesquels il estimait que la demanderesse présentait une pleine capacité de travail.

L'incapacité de travail alléguée s'expliquait essentiellement en raison de la mauvaise compliance au traitement préconisé et notamment le refus de l'anti-dépresseur. Les éléments relatés par le Dr L_____, lequel faisait état d'une aggravation considérable de l'état de santé de la demanderesse, contrastaient avec les éléments observés par le Dr K_____ d'après lequel la demanderesse était active quotidiennement. L'absence de prise d'un antidépresseur durant plusieurs mois de même que l'absence d'hospitalisation démontraient que les constatations des médecins traitants ne pouvaient pas être suivies, l'atteinte de la demanderesse n'étant de toute évidence pas incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle. Le psychiatre traitant avait prescrit un antidépresseur sur la posologie la plus faible. Compte tenu du dosage prescrit, la demanderesse ne souffrait pas d'une atteinte de la gravité décrite par le Dr L_____. Aucune pièce médicale ne permettait de remettre en cause l'expertise du Dr K_____, respectivement l'appréciation du Dr J_____. Il existait manifestement une incohérence entre les troubles invoqués pour justifier une pleine incapacité de travail et la façon dont la demanderesse structurait ses journées.

Par ailleurs, sur son profil LinkedIn, la demanderesse indiquait qu'elle exerçait une activité indépendante dans plusieurs domaines dont notamment l'immobilier depuis janvier 2024. Elle y mentionnait promouvoir « la mise en relation de promoteurs immobiliers avec des investisseurs, en fournissant des informations et des conseils pour des investissements immobiliers haut de gamme à Miami (*MillionLuxury Properties*), en Grèce (investisseurs privés) et en Suisse. [S]on

approche combin[ait] des connaissances intuitives et une vision structurée pour valoriser les projets axés sur le luxe et la communauté ». Elle se présentait comme « *Founder and Managing Director* » d'une société fondée en 2025 sous le nom « *M_____* ». Il s'agissait, en substance, d'offrir des solutions de gestion de flottes terrestres et maritimes en Afrique et en Europe. Sous la rubrique « Téléphone », la société indiquait le numéro 1_____, correspondant au numéro de téléphone portable de la demanderesse.

À l'appui de ces allégués, la défenderesse a produit un extrait LinkedIn du 9 septembre 2025. Elle en a tiré la conclusion que la demanderesse exerçait de façon évidente une activité professionnelle.

De plus, l'incapacité de travail ayant débuté le 8 mai 2023, la demanderesse ne pourrait prétendre au versement des indemnités journalières que jusqu'au 6 mai 2025, date de l'épuisement des 730 indemnités journalières prévues par la police d'assurance.

En outre, à compter du 14 février 2025, l'éventuelle incapacité de travail ne s'expliquait qu'en raison de l'accident de la circulation routière subie par la demanderesse, qui n'était pas à la charge de la défenderesse.

Au surplus, au moment de la survenance de son incapacité de travail, le contrat de travail de la demanderesse avait été résilié et cette dernière était dans son délai de préavis contractuel. Il n'existait aucun indice permettant de penser que la demanderesse aurait pu poursuivre son activité pour le compte de son ancien employeur, respectivement qu'elle aurait été en mesure de reprendre immédiatement une activité professionnelle à l'issue de son délai de préavis. Ainsi, dans l'éventualité où des prestations seraient encore à la charge de la défenderesse, il convenait d'arrêter l'indemnité journalière par rapport au montant que la demanderesse aurait perçu de la caisse de chômage. Sans la survenance de l'incapacité de travail, elle aurait été contrainte de s'inscrire auprès de l'assurance-chômage, de sorte que son indemnité journalière maximale se serait élevée à CHF 255.10 (CHF 133'008.- / 365 jours × 70%).

Si, par impossible, des prestations devaient tout de même être versées à la demanderesse par la défenderesse, il conviendrait d'imputer sur celles-ci les rentes, respectivement, les indemnités journalières versées par d'autres assureurs, conformément à la lettre E13.1 (recte : B13.1) des conditions générales applicables au contrat d'assurance (ci-après : CGA). Par conséquent, il y avait lieu de tenir compte des prestations versées ou qui auraient pu être versées par l'assurance-invalidité ou par la caisse de chômage et les déduire des éventuelles indemnités journalières encore dues à la demanderesse.

c. Par réplique du 16 octobre 2025, la demanderesse a persisté dans ses conclusions.

Elle a fermement contesté l'allégation selon laquelle elle exercerait une activité professionnelle lucrative sur la base de mentions figurant sur son profil LinkedIn. À cet égard, elle a requis l'audition des parties.

Le simple fait de maintenir un profil actif sur un réseau social professionnel ne constituait pas une preuve de l'exercice effectif d'une activité lucrative. De nombreuses personnes en incapacité de travail maintenaient des profils professionnels actifs sur les réseaux sociaux par espoir d'une reprise d'activité dans le futur et conserver un lien avec le marché du travail. La défenderesse n'apportait au demeurant aucune preuve concrète de revenus perçus ni l'exécution de prestations en faveur de clients. La demanderesse a allégué qu'elle n'avait touché aucun revenu d'une activité professionnelle depuis la cessation de son activité auprès de son ancienne employeuse en mai 2023. Ses médecins traitants qui la suivaient régulièrement depuis mai 2023 n'avaient d'ailleurs jamais fait état d'une activité professionnelle depuis le début de son incapacité de travail. Au contraire, ils avaient évoqué la situation financière particulièrement difficile dans laquelle elle se trouvait, notamment par les procédures auprès de l'office des poursuites et son incapacité à gérer ses affaires administratives. Ces éléments démontraient l'absence de revenus professionnels.

La demanderesse a ajouté qu'elle émergeait à l'aide sociale en raison de sa situation financière. À cet égard, elle a également requis l'audition des parties.

Elle a ensuite reproché à la défenderesse de ne pas avoir produit un décompte détaillé des indemnités journalières effectivement versées depuis le début de l'incapacité de travail le 8 mai 2023. Or, pour déterminer si la durée maximale de 730 jours était épuisée, il convenait au préalable de déduire le délai d'attente de 30 jours ainsi que les périodes durant lesquelles aucune indemnité n'avait été versée. Il était donc à ce stade impossible de savoir si la durée maximale était effectivement épuisée au 6 mai 2025 comme le prétendait la défenderesse. Par conséquent, il appartenait à cette dernière de produire un décompte des indemnités journalières versées depuis le 8 mai 2023 jusqu'au 30 novembre 2024.

En outre, les CGA ne prévoyaient aucune réduction de l'indemnité journalière en fonction d'un revenu hypothétique de l'assurance-chômage ou de l'assurance-invalidité, mais uniquement dans les cas où ces prestations seraient effectivement versées à l'assuré. Au demeurant, la demanderesse ne remplissait manifestement pas les conditions d'octroi des indemnités de chômage, n'ayant cotisé que quatre mois et demi au lieu des douze mois requis par l'assurance-chômage. Par ailleurs, en raison de son incapacité de travail totale attestée médicalement en décembre 2024, elle aurait été déclarée inapte au placement. La défenderesse ne produisait de plus aucune pièce attestant du dépôt d'une demande de prestations à l'office de l'assurance-invalidité ni de la perception effective de prestations de cette autorité durant la période litigieuse.

Enfin, la défenderesse ne pouvait pas invoquer les accidents subis pour justifier la cessation du versement des indemnités journalières, dès lors qu'ils avaient été provoqués par des attaques de panique-anxiété paroxystique qui étaient la conséquence directe des troubles anxieux et dépressifs sévères dont elle souffrait selon le rapport du Dr L_____ du 20 mars 2025.

d. Par duplique du 18 décembre 2025, la défenderesse a maintenu sa position et a sollicité la production par le service d'aide sociale du dossier de la demanderesse, ainsi que la production par cette dernière de toutes les pièces relatives aux revenus générés par ses activités en ligne pour R_____ et de la vente de vêtements.

Dans son rapport du 6 novembre 2024, le Dr K_____ n'avait, non seulement, pas retenu de diagnostic incapacitant sur le plan psychique, mais il avait surtout relevé des incohérences. Il avait souligné la contradiction entre les limitations alléguées sur le plan professionnel et les activités réalisées quotidiennement par la demanderesse.

Dans son rapport du 14 février 2025, le Dr L_____, faisant suite à l'expertise du Dr K_____, avait mentionné que la demanderesse était « apathique » et présentait une « perte d'élan vital » et qu'elle ne parvenait à entreprendre que très peu d'activités. Il indiquait que « après avoir passé sa journée sans faire grand-chose, elle [allait] se coucher vers 22h30 ». Il relevait que la demanderesse présentait des atteintes massives sur le plan cognitif l'empêchant de réaliser des activités spontanées, à prendre soin d'elle-même, à s'adapter ou encore à se concentrer. L'aggravation de l'état psychique serait survenue durant le mois de novembre 2024 avec des répercussions perceptibles en février 2025.

Or, la demanderesse avait été parfaitement en mesure d'effectuer un voyage de plusieurs semaines aux États-Unis. Elle avait documenté ce voyage sur son compte Instagram ouvert au public. Elle était à New York à tout le moins à compter du 23 décembre 2024. Elle avait effectué de nombreuses visites de la ville. Elle s'était affichée également au sein d'un bar de la ville ainsi qu'en weekend à Philadelphie ou à Miami. Elle avait fêté le réveillon du 31 décembre 2024 en ville et s'était rendue au musée le 9 janvier 2025. À l'appui de ses allégués, la défenderesse a produit un extrait du compte Instagram de la demanderesse du voyage à New York et en a tiré la conclusion que les constats plutôt alarmants du Dr L_____ ne semblaient pas se confirmer durant cette période.

De retour à Genève, la demanderesse s'était rendue en weekend à St-Moritz pour assister notamment au « *Snow Polo World Cup 2025* ». Au mois de mars 2025, elle s'était rendue à un salon d'art de Genève et avait assisté à des projections lors d'un festival de films. Au mois de juin 2025, elle avait visité Bruxelles avant de retourner à New-York. À l'appui de ses allégués, la défenderesse a également produit des extraits du compte Instagram de la demanderesse et en a inféré que

cette dernière apparaissait comme étant particulièrement active au quotidien, sans présenter de limitation, comme cela était relevé par le Dr K_____.

En outre, selon le compte Instagram de la demanderesse, cette dernière assurait la promotion des produits de soins esthétiques R_____. Il était possible de fixer un rendez-vous avec elle pour des formations, d'une trentaine de minutes, sur l'utilisation de ces appareils. La demanderesse avait également une page Facebook intitulée « R_____ - Beauté & Technologie - Afrique Centrale & Suisse » (dont la défenderesse a joint un extrait) sur laquelle elle publiait les photographies identiques à celles de son compte Instagram. Cette page Facebook affichait le numéro de téléphone de la demanderesse (le 1_____) et l'adresse Rue N_____ à Genève.

Parallèlement, la demanderesse exploitait un site internet de vente de vêtements en ligne sur l'adresse « O_____.com ». Sous la rubrique « Politique de confidentialité » à la section « Contact », la page (produite par la défenderesse) indiquait « si vous avez des questions sur nos pratiques de confidentialité ou sur cette Politique de confidentialité, ou si vous souhaitez exercer un des droits dont vous disposez, veuillez nous appeler au, nous envoyer un e-mail à l'adresse P_____@gmail.com ou nous contacter à l'adresse Rue N_____, -, Genève, Q_____, CH ».

La défenderesse en a conclu que, au vu des multiples voyages effectués ainsi que des activités indépendantes réalisées par la demanderesse, il était invraisemblable que cette dernière ait présenté une atteinte sur le plan psychique entraînant une incapacité totale de travailler. La demanderesse percevait de façon certaine des revenus de ses activités, de sorte qu'il était impensable qu'elle émarge à l'aide sociale.

La défenderesse a exposé que, contrairement à ce qu'affirmait la demanderesse, cette dernière était bel et bien active sur le plan professionnel. Elle exploitait un site internet de vente en ligne de vêtements, et parallèlement, proposait des prestations en ligne avec les produits esthétiques de la marque R_____. Contrairement à la description faite par le Dr L_____, aucune atteinte à la santé ne restreignait les capacités cognitives de la demanderesse, qui était parfaitement en mesure de mener, en parallèle, plusieurs activités. Elle voyageait régulièrement en avion à l'étranger, comme le démontraient ses séjours aux États-Unis, lors desquels elle n'était de loin pas enfermée dans un logement, mais était, au contraire, très active, démontrant à nouveau l'absence totale d'atteinte à la santé. Les séjours à l'étranger, tout particulièrement de décembre 2024 à janvier 2025, rendaient tout simplement caduc le rapport du Dr L_____ du 14 février 2025. Même à retenir que la demanderesse présentait une incapacité totale de travailler, les séjours à l'étranger non autorisés par la défenderesse ne donnaient droit à aucune indemnité en application de la lettre B6.3 des CGA.

En ce qui concernait le calcul des indemnités, la défenderesse a rappelé que, dans le cadre d'une assurance de dommages, la personne assurée devait établir au degré de la vraisemblance prépondérante que son incapacité de travailler pour cause de maladie lui avait causé une perte de gain, c'est-à-dire un dommage. Dans la mesure où la demanderesse avait développé une atteinte à la santé consécutivement à la fin des rapports de travail, même à admettre une incapacité de travail au-delà du 1^{er} décembre 2024, l'éventuelle indemnité journalière devrait être calculée sur le revenu que celle-ci aurait perçu de l'assurance-chômage. L'accident relaté par le Dr L_____ en février 2025 mettait de toute évidence et clairement fin à toute incapacité de nature malade.

La défenderesse a enfin souligné avoir procédé à une instruction minutieuse de la situation médicale de la demanderesse en mettant en œuvre plusieurs expertises médicales. Les constatations effectuées par le Dr K_____ se concrétisaient dans la vie de tous les jours de la demanderesse qui ne présentait absolument aucune limitation à voyager, respectivement, à mener des activités professionnelles parallèles et variées. À la lumière des constatations de cet expert, au plus tard au 30 novembre 2024, la demanderesse avait retrouvé une pleine capacité à travailler dans toute activité confondue.

e. Copie de cette écriture et de ses annexes a été transmise à la demanderesse pour information.

f. Le 2 février 2026, la chambre de céans a tenu une audience de débats, lors de laquelle la demanderesse a produit sa détermination sur les allégués de la duplique de la défenderesse, ainsi qu'un chargé de pièces complémentaires (billet d'avion pour New York, *screenshot* de la page Facebook de R_____, capture d'écran de la boutique S_____).

g. Par ordonnance de preuve du 3 février 2026, la chambre de céans a ordonné à la défenderesse de produire, dans le délai imparti, le décompte des indemnités journalières versées à la demanderesse, pris acte du fait que la défenderesse renonçait à solliciter la production des dossiers de l'assurance-invalidité et de l'assurance-chômage de la demanderesse, et refusé d'ordonner tant l'apport du dossier de l'Hospice général concernant la demanderesse que la production des pièces relatives aux revenus générés par les activités en ligne pour R_____ et de vente de vêtements par la demanderesse.

h. Le 4 février 2026, la défenderesse a versé au dossier le décompte des indemnités journalières, faisant état du versement de ces prestations du 7 juin 2023, à l'issue du délai d'attente de 30 jours, au 30 novembre 2024, durant 543 jours, pour un montant total de CHF 158'300.85.

i. Copie de cette pièce a été transmise à la demanderesse pour information.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1).

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

Selon la lettre A9.1 des CGA, applicables à la police d'assurance, 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.

1.2 Selon l'art. 31 CPC, le tribunal du domicile ou du siège du défendeur ou celui du lieu où la prestation caractéristique doit être exécutée est compétent pour statuer sur les actions découlant d'un contrat, étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'occurrence, la lettre A9.2 des CGA prévoit que seuls les tribunaux ordinaires suisses sont compétents pour les litiges relevant du contrat d'assurance. La prestation caractéristique visant le versement d'indemnités journalières, il s'agit d'une dette portable qui doit être exécutée au lieu du domicile de l'assuré (ATAS/135/2025 du 10 mars 2025 consid. 1.2). La demanderesse, en sa qualité d'assurée, étant domiciliée dans le canton de Genève, la chambre de céans est également compétente à raison du lieu.

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

1.4 Pour le reste, la demande respecte les conditions formelles prescrites par les art. 130 et 244 CPC, ainsi que les autres conditions de recevabilité prévues par l'art. 59 CPC. Elle est donc recevable.

2. Le litige porte sur le droit éventuel de la demanderesse à des indemnités journalières au-delà du 30 novembre 2024, date à compter de laquelle la défenderesse a mis fin auxdites prestations.

2.1 Sur le plan matériel, la LCA a fait l'objet d'une révision entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2020 4969 ; RO 2021 357).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle qui était en vigueur lors de réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

Selon la disposition transitoire relative à cette modification, seules les prescriptions en matière de forme (let. a) et le droit de résiliation au sens des art. 35a et 35b LCA (let. b) s'appliquent aux contrats qui ont été conclus avant l'entrée en vigueur de cette modification. S'agissant des autres dispositions de la LCA, elles s'appliquent uniquement aux nouveaux contrats (Message concernant la révision de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, FF 2017 4812).

En l'occurrence, le contrat d'assurance a été conclu avant le 1^{er} janvier 2022 et l'objet du litige ne porte ni sur des prescriptions en matière de forme, ni sur le droit de résiliation au sens des art. 35a et 35b LCA, de sorte que les dispositions de la LCA applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

2.2 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).

2.2.1 La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces ; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaisir l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

Lorsque la partie est assistée d'un mandataire professionnel, le tribunal doit appliquer la maxime inquisitoire sociale avec retenue. S'il doit toujours attirer

l'attention des parties sur les lacunes du dossier et les inviter à le compléter, il ne peut ordonner d'office des mesures d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 4A_522/2008 du 3 septembre 2009 in RSPC 2010 p. 12).

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

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

En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (*Beweisnot*), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de

causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (*die überwiegende Wahrscheinlichkeit*), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (*die Glaubhaftmachung*). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 ; 132 III 715 consid. 3.1 ; 130 III 321 consid. 3.3).

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

En ce qui concerne la survenance d'un sinistre assuré, le degré de preuve nécessaire est en principe abaissé à la vraisemblance prépondérante (en lieu et place de la règle générale de la preuve stricte ; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Le défendeur conserve toutefois la possibilité d'apporter des contre-preuves ; il cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale (ATF 130 III 321 consid. 3.4).

Cependant, dans un arrêt du 31 août 2021, le Tribunal fédéral a modifié la jurisprudence précitée, en ce sens que l'existence d'un cas d'assurance constitué par une incapacité de travail est désormais soumise au degré de preuve de la preuve stricte (ATF 148 III 105 consid. 3.3.1 *in fine*). Par conséquent, la preuve est apportée lorsque le tribunal, en se fondant sur des éléments objectifs, est convaincu de l'exactitude d'une allégation de fait. Il suffit qu'il n'y ait plus de doutes sérieux quant à l'existence du fait allégué ou que les doutes qui subsistent éventuellement paraissent légers (ATF 148 III 105 consid. 3.3.1).

2.2.3 S'agissant d'une assurance de dommages, conformément à l'art. 8 CC, la personne assurée doit établir au degré de la vraisemblance prépondérante que son incapacité de travailler pour cause de maladie lui a causé une perte de gain, c'est-à-dire un dommage. Autrement dit, elle doit établir avec vraisemblance prépondérante que si elle n'était pas malade, elle exercerait une activité lucrative. Cela implique donc de se poser, dans chaque cas d'espèce, la question suivante : le travailleur exercerait-il ou non une activité lucrative s'il n'était pas malade ? Ce n'est en effet que dans l'affirmative que tant l'assurance d'indemnités journalières

pour cause de maladie que l'assurance-chômage allouent des prestations. Il ressort de la jurisprudence qu'il faut distinguer deux cas de figure, en fonction du moment auquel intervient la résiliation du contrat de travail (signification du congé) :

- 1) Si la personne assurée était déjà malade au moment où son contrat de travail a été résilié, après la période de protection contre les congés, il est présumé (présomption de fait) que, sans la maladie qui l'affecte, elle exercerait non seulement une activité lucrative, mais elle aurait continué à travailler pour son employeur, et donc à percevoir le même salaire pendant toute la durée de son incapacité de travail. Dans ce cas de figure, la perte de gain correspond à sa perte de salaire (ATF 147 III 73 consid. 3.2 et 3.3).
- 2) Si la personne assurée a été licenciée avant de tomber malade (pendant le délai de congé), elle doit établir avec une vraisemblance prépondérante qu'elle exercerait une activité lucrative si elle n'était pas malade, et qu'elle aurait eu droit aux indemnités de l'assurance-chômage. Dans ce cas de figure, il ne peut pas être présumé qu'elle percevrait le même salaire que précédemment et les indemnités journalières doivent être calculées sur la base des indemnités de l'assurance-chômage (ATF 147 III 73 consid. 3.3; cf. toutefois consid. 4 non publié de cet ATF s'agissant d'un nouvel emploi concret [*« konkret bezeichnete Stelle »*], avec des indications sur le nouveau salaire possible).

Lorsqu'elle est en incapacité de travail, la personne qui exercerait une activité lucrative si elle n'était pas malade n'est pas apte au travail et ne peut donc pas percevoir de prestations de l'assurance-chômage. En revanche, puisqu'elle est malade, elle a droit aux prestations de l'assurance-maladie collective, calculées sur la base des indemnités de l'assurance-chômage (arrêt du Tribunal fédéral 4A_417/2023 du 1^{er} octobre 2024 consid. 6.1).

Une personne sans emploi, qui réclame des indemnités journalières pour cause de maladie sans avoir droit à des indemnités journalières de l'assurance-chômage, doit établir avec une vraisemblance prépondérante, pour prouver une perte de gain, qu'elle exercerait une activité lucrative si elle n'était pas malade (ATF 141 III 241 consid. 3).

La preuve de l'exercice d'une activité lucrative au degré de la vraisemblance prépondérante doit être apportée par des indices concrets, qui peuvent notamment ressortir du curriculum vitae et des entretiens d'embauche (arrêt du Tribunal fédéral 4A_424/2020 du 19 janvier 2021 consid. 4.3, non publié *in* ATF 147 III 73).

2.3 Aux termes de l'art. 168 al. 1 CPC, les moyens de preuve sont le témoignage (let. a) ; les titres (let. b) ; l'inspection (let. c) ; l'expertise (let. d) ; les renseignements écrits (let. e) ; l'interrogatoire et la déposition de partie (let. f).

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

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

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

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

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des prestations en matière d'assurance sociale. Rien ne justifie de ne pas s'y référer également lorsqu'une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu (arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2). Le principe de la libre appréciation des preuves signifie que le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de statuer sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A_253/2007 du 13 novembre 2007 consid. 4.2).

En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se

fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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

2.4 Les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal sont soumises au droit privé, plus particulièrement à la LCA ; ATF 124 III 44 consid. 1a/aa). Comme l'art. 100 al. 1 LCA renvoie à la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO, Code des obligations - RS 220) pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même, la jurisprudence en matière de contrats est applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du contrat. Les dispositions contractuelles préformulées sont en principe interprétées selon les mêmes règles que les clauses contractuelles rédigées individuellement (ATF 133 III 675 consid. 3.3 ; 122 III 118 consid. 2a ; 117 II 609 consid. 6c).

La LCA ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de sorte qu'en principe, le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties (ATF 133 III 185 consid. 2). Le droit aux prestations d'assurances se détermine donc sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.263/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a).

3.

3.1 La police d'assurance du 9 novembre 2021 prévoit le versement d'une indemnité journalière en cas de maladie à hauteur de 80% du salaire assuré durant 730 jours, avec un délai d'attente de 30 jours.

Selon la lettre B1.1 des CGA, la défenderesse verse les indemnités journalières mentionnées dans la police pour les conséquences économiques d'une incapacité de travail due à une maladie.

Selon la lettre B9.2 des CGA, en cas d'incapacité de travail totale, la défenderesse paie l'indemnité journalière mentionnée dans la police. En cas d'incapacité de

travail partielle, l'indemnité journalière est fixée proportionnellement au degré de cette incapacité. Une incapacité de travail inférieure à 25% ne donne pas droit à une indemnité journalière.

Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique subie par la personne assurée, qui est principalement imputable à des causes médicales, et qui n'est pas due à un accident, qui exige un examen ou un traitement médical et qui provoque une incapacité de travail (lettre D1.1 des CGA).

3.2 Sur le plan médical, la demanderesse requiert le versement d'indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail de 100% au-delà du 30 novembre 2024 en se basant sur les certificats d'arrêt de travail et les rapports émis par son psychiatre traitant. La défenderesse, de son côté, conteste devoir prêter davantage, en s'appuyant sur le rapport d'expertise psychiatrique du 6 novembre 2024 et son complément du 3 mars 2025.

Ce rapport se fonde sur les pièces médicales au dossier, l'anamnèse, les plaintes de la demanderesse et son examen clinique. L'expert, sur la base de ses observations, a conclu que celle-ci ne présentait le jour de l'entretien d'expertise le 30 octobre 2024 aucun diagnostic psychiatrique incapacitant. En particulier, il n'a pas mis en évidence de signes de décompensation psychique, relevant en particulier du registre dépressif. La tonalité affective n'était pas fixée au pôle dépressif. La demanderesse, qui ne relatait pas d'idées suicidaires, ne pleurait pas et ne se montrait pas émotive. Elle ne présentait pas de signes de réduction de l'énergie, ni de signe de fatigabilité ni de déficit de concentration ni encore de ralentissement psychomoteur. Il n'y avait pas d'aboulie ni d'anhédonie. Toutes ses réactions, verbales ou gestuelles, étaient aussi vives à la fin qu'au début de l'examen. Elle ne présentait pas non plus de troubles de la vigilance. L'expert n'a en outre constaté aucun signe d'anxiété. Il a expliqué que le diagnostic de trouble de la personnalité retenu par le Dr G_____ ne pouvait pas être considéré comme incapacitant, car il n'avait pas empêché la demanderesse d'effectuer une formation professionnelle et de travailler chez différents employeurs.

Dans son rapport du 14 février 2025, le psychiatre traitant a fait état d'une rechute sur le plan psychiatrique dans le courant du mois de novembre 2024, justifiant une pleine incapacité de travail, en raison notamment de l'apathie, de la perte d'élan vital, de difficultés de mémoire, d'attention et de concentration, ainsi que d'une symptomatologie anxieuse de la demanderesse.

Dans son rapport complémentaire du 3 mars 2025, l'expert psychiatre s'est déterminé sur le rapport précité de son confrère, en constatant que ce dernier ne remettait pas en cause son appréciation, ayant eu lieu quatre mois plus tôt. L'expert a toutefois souligné qu'il ignorait l'état de santé et la capacité de travail de la demanderesse depuis son entretien d'expertise le 30 octobre 2024.

Dans la mesure où la défenderesse n'a pas fait examiner la demanderesse par un médecin de son choix, elle a pris le risque de se priver, pour la période ici

litigieuse dès le 1^{er} décembre 2024, de constatations cliniques autres que celles effectuées par le psychiatre traitant, qui se sont modifiées depuis la dernière expertise. Cela étant, même à admettre que la demanderesse a établi avoir présenté une incapacité de travail totale du 1^{er} décembre 2024 au 1^{er} février 2025, ainsi que du 1^{er} mars au 1^{er} avril 2025, sur la base du rapport précité de son psychiatre traitant et des certificats émis par ce dernier les 12 décembre 2024, 6 janvier et 10 mars 2025, soit pendant 95 jours, période qui n'excède pas encore la durée maximale des prestations (700 jours) eu égard au décompte produit par la défenderesse le 4 février 2026 faisant état du versement d'indemnités journalières durant 543 jours depuis le début de l'incapacité de travail le 8 mai 2023, il y a, quoi qu'il en soit, lieu de rejeter la demande en paiement pour les motifs exposés au considérant suivant.

3.3 En effet, l'assurance en question constitue une assurance de dommages. Selon l'art. B13.1 des CGA, les prestations de tiers sont imputées, sauf dans le cas d'une assurance de sommes. La recourante bénéficie de l'assurance collective en tant que salariée de l'entreprise qui est la preneuse d'assurance. Le personnel assuré, en particulier la recourante, n'a pas été nommément désigné(e) dans la police d'assurance. Selon l'art. B4.2 des CGA, les indemnités journalières sont calculées sur la base du dernier salaire AVS perçu dans l'entreprise assurée avant le début de la maladie. Ces éléments plaident pour une assurance de dommages (dans ce sens : ATF 146 III 339 consid. 5.2.4, voir le consid. 5.2.3 pour la distinction entre une assurance de sommes et une assurance de dommages).

Or, dans le cadre d'une assurance d'indemnités journalières conçue comme une assurance de dommages, ledit dommage - soit la perte de gain - doit être démontré au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 141 III 241 consid. 3.1).

En l'occurrence, la demanderesse fait valoir que le montant des indemnités journalières à partir du 1^{er} décembre 2024 doit être déterminé en fonction du salaire perçu durant la relation contractuelle avec l'ancienne employeuse, soit un montant journalier de CHF 291.53. Or, la résiliation des rapports de travail a été communiquée par courrier du 27 avril 2023 et la demanderesse est tombée en incapacité de travail totale le 8 mai 2023, soit pendant le délai de congé. Dans ce cas de figure, la demanderesse ne bénéficie pas de la présomption de fait en ce sens que sans la maladie qui l'affecte, elle exercerait encore une activité lucrative et qu'elle aurait continué à travailler pour son ancienne employeuse et donc à percevoir le même salaire pendant toute la durée de son incapacité de travail. En d'autres termes, sa perte de gain ne correspond pas à sa perte de salaire auprès de l'ancienne employeuse.

Dans sa réplique, la demanderesse a indiqué qu'elle ne remplissait pas les conditions relatives à la durée des cotisations, raison pour laquelle elle ne s'était pas inscrite à l'assurance-chômage (procès-verbal de l'audience du 2 février 2026 p. 3). Dans ce cas, le montant des indemnités journalières de l'assurance perte de

gain ne peut pas être calculé sur la base des indemnités de l'assurance-chômage, faute de perte de gain de remplacement.

La demanderesse n'apporte aucune preuve au degré de la vraisemblance prépondérante pour établir que, sans maladie, elle aurait exercé une nouvelle activité professionnelle avec un revenu équivalent à celui auprès de l'ancienne employeuse. Lors de la dernière expertise psychiatrique, elle a déclaré qu'elle consultait des offres de travail auxquelles elle n'avait pas postulé (rapport du 6 novembre 2024 p. 10). Lors de l'audience du 2 février 2026, la demanderesse a confirmé que les activités qu'elle avait mentionnées sur les réseaux sociaux (*founder and business developer, founder and managing director*, ou les activités R_____ et de vente de vêtements) étaient destinées à créer des opportunités de contacts qui ne s'étaient pas concrétisées (procès-verbal précité p. 4). La demanderesse ne prouve donc pas qu'elle aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, commencé une nouvelle activité professionnelle ni le montant du salaire qu'elle percevrait (*cf.* arrêts du Tribunal fédéral 4A_581/2024 du 1^{er} avril 2025 consid. 7.2.2 ; 4A_424/2020 du 19 janvier 2021 consid. 4).

Force est de conclure que la preuve d'une perte de gain n'est pas établie par la demanderesse.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande en paiement du 2 juillet 2025 recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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