

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2579/2025

ATAS/691/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 août 2026

Chambre 16

En la cause

A_____
représentée par Me Andres PEREZ, avocat

demanderesse

contre

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA

défenderesse

Siégeant : Justine BALZLI, présidente; Yves MABILLARD et Michael RUDERMANN,
juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Depuis le 1^{er} février 2023, A_____ (ci-après : l'assurée) était employée auprès de la société B_____ SA (ci-après : l'employeuse), anciennement C_____ SA, en qualité de secrétaire et assistante en ressources humaines. De ce fait, elle était couverte par la police d'indemnité journalière selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1) n° 6070 – AM (ci-après : la police d'assurance) conclue le 29 avril 2019 par son employeuse auprès de MUTUEL ASSURANCES GMA SA, dont les actifs et passifs ont été repris par GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA par suite de fusion en 2021 (ci-après : l'assurance).

b. Selon la police d'assurance, les personnes assurées correspondaient à tout le personnel de l'employeuse. La police d'assurance couvrait les conséquences économiques d'une incapacité de travail pour cause de maladie. La durée des prestations était de 730 jours avec imputation du délai d'attente par incapacité de trois jours à hauteur de 80% du salaire. Les conditions générales d'assurance, édition 01.09.2016/PCAM03 (ci-après : CGA) étaient applicables.

B. a. Le 27 février 2024, le docteur D_____, médecin généraliste, a attesté de l'incapacité totale de travailler de l'assurée dès le 15 février 2024. L'incapacité de travail totale de l'assurée a ensuite été régulièrement attestée jusqu'au 27 avril 2024, par le Dr D_____, puis par d'autres médecins.

b. Le 29 février 2024, l'employeuse a effectué une déclaration de sinistre auprès de l'assurance. L'assurée se trouvait en état d'incapacité totale de travail depuis le 15 février 2024 en raison d'une dépression.

c. Le 5 mars 2024, l'assurance a informé l'employeuse qu'elle considérait le jour de la première consultation comme le premier jour d'incapacité de travail, de sorte qu'il ne serait pas alloué d'indemnité du 15 au 26 février 2024.

d. Conformément au décompte d'indemnité journalière du 11 mars 2024, l'assurance a versé des indemnités journalières de CHF 170.96 par jour à compter du 27 février 2024, sous déduction de trois jours de délai d'attente.

e. Le 17 mai 2024, à la suite de la demande de l'assurance du 15 avril 2024, le Dr D_____ a adressé un rapport médical à l'assurance.

Le diagnostic correspondait à un état anxieux et dépressif apparu en février 2024 (trouble du sommeil, anxiété, baisse de l'estime de soi, rumination, fatigabilité accrue, etc.), dont le degré de gravité était intense. Les limitations objectives étaient, à cause des troubles du sommeil, de la somnolence diurne, de l'asthénie, de la fatigabilité, une légère inhibition psychomotrice avec la diminution des performances et de la productivité professionnelle, avec une résistance réduite à l'effort physique et mental. Il y avait des troubles de la concentration, un déficit de l'attention et de la mémoire. Sa patiente ne prenait pas de médicaments. Elle

était suivie par une psychologue, E_____. Les consultations avec sa patiente avaient eu lieu les 27 février, 16 mars et 15 avril 2024, la prochaine étant prévue pour le 23 mai 2024. La collaboration de la patiente à son traitement était excellente. L'incapacité de travail était totale depuis le 15 février 2024. La reprise totale n'était pas prévue. Le pronostic était pour le moment réservé et devrait être réévalué lors du prochain rendez-vous.

f. Le 2 juillet 2024, le docteur F_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport de plausibilisation de l'incapacité de travail sur demande de l'assurance, après avoir examiné l'assurée le jour précédent.

Les troubles étaient secondaires à des problèmes conjugaux et non professionnels. L'assurée avait expliqué que son couple allait mal depuis quelques temps. Le divorce était en cours. Ces événements avaient touché son état psychique : troubles du sommeil, perte d'intérêt, fatigue, difficulté de concentration, prise de poids, baisse de l'estime de soi, idées de suicide. Le diagnostic retenu était un épisode dépressif moyen (F32.1). L'assurée ne savait plus quel traitement lui avait prescrit son médecin traitant. Elle l'avait interrompu rapidement car, selon elle, il n'avait aucun effet. Elle était sans traitement médicamenteux depuis plusieurs semaines. Elle était suivie à raison d'une fois par semaine par une psychologue. L'incapacité de travail était totale jusqu'au 31 août 2024. Les troubles étaient encore très présents et une amélioration rapide était peu probable. L'état anxio-dépressif risquait fort d'être entretenu par le divorce en cours. Cependant, l'assurée faisait des efforts pour se mobiliser et souhaitait ne pas perdre son travail. Si un traitement médicamenteux était mis en place, une reprise progressive devrait être possible dans quelques semaines. Une prescription d'un traitement antidépresseur de type SSRI avec monitoring thérapeutique devait être mise en œuvre sans tarder. Une prise en charge par un spécialiste en psychiatrie était souhaitable. La psychothérapie devait être poursuivie. À partir de la mise en place de la thérapie, elle serait incapable de travailler à 100% pendant quatre semaines, puis à 50% pendant quatre semaines. Après huit semaines, elle retrouverait une capacité totale de travailler. La reprise d'activité progressive d'activité était à envisager dans le courant du mois de septembre 2024/en août-septembre 2024.

g. Le 14 août 2024, l'assurance a informé l'assurée que les indemnités journalières seraient versées à 100% jusqu'au 31 août 2024 et à 50% du 1^{er} au 15 septembre 2024, date de la fin des prestations.

Son médecin-conseil avait relevé qu'une reprise progressive de son activité habituelle serait envisageable à 50% dès le 1^{er} septembre 2024 pour atteindre une pleine capacité de travail au 16 septembre 2024. Il suggérait une mise en œuvre rapide d'un traitement médicamenteux et d'un suivi spécialisé. En vertu de son obligation de diminuer le dommage, elle devait se soumettre au traitement thérapeutique préconisé avec l'aide de son médecin traitant. À défaut, les prestations pouvaient être refusées.

h. Le 23 septembre 2024, l'assurée a contesté la décision de l'assurance, souffrant encore d'un état anxieux et dépressif l'empêchant de retourner au travail pour le moment.

i. Le 26 septembre 2024, le Dr D_____ a informé l'assurance que sa patiente était dans l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle, car son état psychique n'était pas encore stable. Elle souffrait d'une dépression sévère, d'un trouble du sommeil entraînant une fatigue diurne, d'une difficulté à se concentrer et de troubles mnésiques. Elle avait un suivi psychothérapeutique, avec la psychologue E_____ et la docteure G_____, psychiatre.

j. Le 11 octobre 2024, l'assurée a informé l'assurance du traitement prescrit par sa psychiatre, qu'elle prenait, soit du Fluoxetin-Mepha Dispersible 20 mg, du Quetiapin Sandoz 25 mg et de l'Atarax.

k. Le 5 novembre 2024, sur demande de l'assurance du 28 octobre 2024 adressée à la docteure H_____, médecin assistant psychiatre ayant signé le certificat d'incapacité de travail du 1^{er} octobre 2024, le docteur I_____, médecin assistant, a adressé un rapport médical à l'assurance.

Le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail était un épisode dépressif sévère. Ses symptômes actuels comprenaient une humeur dépressive de degré intense, une fatigabilité marquée de degré intense et une diminution de la concentration et de l'attention de degré moyen. Les limitations objectives rencontrées dans la profession correspondaient à l'impossibilité de se concentrer en raison de l'état dépressif et à une fatigue marquée avec des troubles du sommeil qui limitaient son fonctionnement correct pendant la journée. Elle était sous Fluoxetine 20 mg deux fois par jour, Quetiapine 25 mg une fois par jour et Atarax 25 mg une à deux fois par jour. Il avait vu sa patiente les 1^{er} et 15 octobre ainsi que le 5 novembre 2024, le prochain rendez-vous étant prévu pour le 26 novembre 2024. Elle était incapable de travailler du 1^{er} octobre 2024 au 1^{er} décembre 2024. La possibilité d'une reprise devait être réévaluée trois mois plus tard.

l. Le 13 novembre 2024, à la suite de la demande de l'assurance du 28 octobre 2024, la psychologue E_____ a rempli un rapport médical.

Le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail était un trouble dépressif modéré apparu en février 2024. Les symptômes correspondaient à un état anxieux et dépressif de degré intense. Les limitations objectives rencontrées dans la profession incluaient un état dépressif profond, des troubles du sommeil, des troubles de la concentration, un trouble alimentaire, une asthénie, des crises d'angoisse, des troubles mnésiques importants, une fatigabilité accrue, etc. Elle avait vu sa patiente les 12 et 26 mars, 8, 10, 22 et 29 avril, 13 mai, 5 juin, 9, 23 et 30 septembre 2024, la prochaine consultation étant prévue en novembre 2024. Elle était totalement incapable de travailler depuis le 15 février 2024. La reprise n'était pas prévue. Le pronostic était alors réservé.

m. Le 13 décembre 2024, l'assurance a informé l'assurée de la reprise des prestations à 100% à compter du 1^{er} septembre 2024, sa prise de position du 14 août 2024 devant être considérée comme nulle et non avenue. Son médecin-conseil confirmait que la reprise de son activité habituelle serait raisonnablement envisageable à 50% dès le 1^{er} janvier 2025 pour atteindre une pleine capacité de travail au 1^{er} février 2025. Ses indemnités journalières pour la période du 1^{er} septembre au 31 décembre 2024 à 100% lui parviendraient prochainement.

n. Le 18 décembre 2024, le Dr I_____ a indiqué que la symptomatologie était alors décrite comme moyenne, avec une évolution favorable grâce au traitement médicamenteux. La capacité de travail restait nulle dans l'activité habituelle. Néanmoins, le pronostic était favorable au vu de l'évolution.

o. Dans un PV du médecin-conseil du 17 janvier 2025, le docteur J_____, médecin psychiatre et médecin-conseil de l'assurance, a recommandé le maintien de la position de l'assurance, en l'absence d'éléments cliniques justifiant une prolongation de l'incapacité de travail, la capacité de travail étant de 50% en janvier 2025, puis de 100% dès février 2025.

p. Le 3 février 2025, l'assurance a maintenu sa prise de position du 13 décembre 2024. Son médecin-conseil relevait que les informations transmises ne mettaient en évidence aucun élément médical à même de justifier la prolongation de l'incapacité de travail au-delà du 31 janvier 2025.

q. Le 4 mars 2025, la psychologue E_____ a adressé un rapport à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI). Elle suivait sa patiente depuis mars 2024 pour une dépression et un mal-être psychologique et physique en lien avec une situation de couple compliquée. La patiente était passée par diverses phases psychologiques (anxiété et dépression sévère). Selon les jours/semaines, son moral était plus ou moins bon, puis redescendait d'un coup. La fréquence de la thérapie était bimensuelle. Sa situation personnelle était en train de se stabiliser. Son aptitude à se concentrer était très limitée. Elle souffrait de troubles mnésiques importants. Son moral était très fluctuant. Elle avait encore besoin d'un peu de temps de repos afin de pouvoir s'adapter à sa nouvelle situation. Elle avait fait de nombreux progrès autant sur le plan psychologique, qu'organisationnel afin de pouvoir reprendre le cours de sa vie.

r. Par courriel du 12 mars 2025, le docteur K_____, médecin assistant, a indiqué que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel de sévérité moyenne, entraînant des limitations fonctionnelles significatives, ne permettant pas une reprise professionnelle et a demandé la prolongation de l'indemnisation jusqu'à ce que l'état clinique permette une reprise d'activité adaptée.

Il a transmis à l'assurance son rapport du 6 mars 2025 à l'OAI. Il suivait l'assurée depuis le 16 janvier 2025 et avait retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et une capacité de travail nulle dans toute activité. Après le début de la thérapie cognitivo-comportementale en mars 2024 et du traitement

médicamenteux, la patiente avait vu une évolution positive des symptômes dépressifs, bien que les symptômes résiduels restent importants (aboulie, anhédonie, manque de concentration, troubles mnésiques). Deux documents étaient joints à ce rapport, les annexes 1 et 2.

s. Le 13 mars 2025, le Dr J_____ a relevé qu'il n'existait aucun élément permettant de revenir sur la décision de l'assurance, dont il a dès lors proposé le maintien.

t. Dans un rapport du 19 mars 2025 à l'OAI, le Dr D_____ a indiqué que l'état de sa patiente était stationnaire et qu'elle était toujours en état d'incapacité totale de travailler.

u. Le 28 mars 2025, l'assurance a refusé de reconsidérer sa prise de position du 13 décembre 2024. Son médecin-conseil constatait que les informations transmises ne mettaient en évidence aucun élément médical à même de justifier la prolongation de son incapacité de travail au-delà du 31 janvier 2025.

v. Le 24 avril 2025, l'assurée a demandé à l'assurance de réexaminer sa situation et reprendre le versement des prestations, à tout le moins jusqu'à fin avril 2025. Les rapports contredisaient clairement les conclusions du médecin-conseil.

w. Le 25 avril 2025, l'assurée a été engagée par un nouvel employeur en qualité de généraliste RH à 90% dès le 28 avril 2025.

x. Dans un PV du médecin-conseil – contestation expertise/consilium du 27 mai 2025, le Dr J_____ a considéré qu'il n'y avait pas de nouveaux éléments et que la décision devait être maintenue.

y. Le 28 mai 2025, l'assurance a informé l'assurée maintenir sa position.

- C. a. Par acte du 22 juillet 2025, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'une demande à l'encontre de l'assurance, concluant à la condamnation de cette dernière au paiement de CHF 17'362.24, correspondant aux indemnités journalières dues à 100% du 1^{er} janvier au 27 avril 2025, avec intérêts à 5% l'an, sous suite de frais et dépens. Préalablement, elle a demandé la production de la police d'assurance et des conditions générales applicables, ainsi que la production des avis médicaux du médecin-conseil fondant la position de l'assurance du 13 décembre 2024, 3 février 2025 et 28 mars 2025 et/ou toute communication interne et externe à cet égard.

L'assurance avait versé les indemnités journalières à 50% en janvier 2025, puis cessé tout paiement dès le 1^{er} février 2025, compte tenu de l'avis de son médecin-conseil qui considérait que la reprise de l'activité habituelle était raisonnablement envisageable à compter du 1^{er} janvier 2025 à 50%, puis à 100% dès le 1^{er} février 2025. Plusieurs rapports médicaux attestaient de l'incapacité de travail de l'assurée au-delà du 31 janvier 2025. Ainsi, le 18 décembre 2024, le Dr I_____ concluait à une incapacité de travail totale et préconisait une nouvelle évaluation après un délai de trois mois, soit fin mars 2025. Le 4 mars 2025, la psychologue

E_____ faisait état d'une dépression significative. Le 6 mars 2025, le Dr K_____ concluait à une capacité de travail nulle. Le 19 mars 2025, le Dr D_____ avait relevé un état de santé stationnaire depuis février 2024 et retenu une incapacité totale de travail dans toute activité. L'assurance ne pouvait pas considérer qu'aucun élément ne justifiait l'incapacité de travail au-delà du 31 janvier 2025 et était tenue de procéder à un nouvel examen de l'incapacité de travail en cas de doute. Elle avait droit aux indemnités journalières non versées à 50% pour janvier 2025, soit CHF 2'650.88 (CHF 170.96 x 31 jours x 50%) et aux indemnités journalières à 100% du 1^{er} février au 27 avril 2025, soit CHF 14'711.36 (CHF 170.96 x 86 jours).

b. Par réponse du 23 septembre 2025, l'assurance a conclu au rejet de la demande en paiement et à la condamnation de l'assurée en tous les frais et dépens.

Le Dr J_____ était d'avis, à trois reprises (janvier, mars et mai 2025), que le rapport fourni par le Dr I_____, celui du Dr K_____ et celui de la psychologue E_____ n'apportaient aucun élément médical permettant de revenir sur la décision de l'assurance. Cette décision était en outre également celle défendue par le Dr F_____, dont l'expertise répondait aux réquisits jurisprudentiels, revêtant pleine valeur probante. Après avoir d'abord cessé le versement des indemnités à mi-septembre 2024, elle avait repris l'indemnisation pour la période du 1^{er} septembre au 31 décembre 2024 à 100%, puis à 50% en janvier 2025, la capacité de travail étant totale dès le 1^{er} février 2025 au vu de l'ensemble des documents et preuves en sa possession.

c. Par réplique du 16 octobre 2025, l'assurée a persisté dans sa demande.

Ni l'expertise du Dr F_____, ni les avis du Dr J_____ ne pouvaient justifier la cessation du versement des prestations. L'expertise du Dr F_____ avait été réalisée six à neuf mois avant la période litigieuse, de sorte qu'elle était sans pertinence pour évaluer l'incapacité de travail de l'assurée entre le 1^{er} février et le 27 avril 2025. Le Dr F_____ ne constatait d'ailleurs aucune stabilisation de l'état de santé et n'envisageait une reprise qu'en cas d'amélioration sous traitement, amélioration qui ne s'était pas réalisée, au contraire, au vu des rapports des médecins traitants et de la psychologue. Les avis du Dr J_____ ne satisfaisaient pas aux exigences permettant de leur reconnaître valeur probante. L'avis du 17 janvier 2025 n'apportait aucune réponse aux questions posées et se contentait de conclure au maintien de la position de l'assurance en reprenant les conclusions de la décision du 13 décembre 2024. Le médecin-conseil persistait dans cette approche lacunaire dans les deux avis suivants. Il n'identifiait pas précisément les documents examinés et concluait à nouveau de manière stéréotypée au maintien de la décision, sans examen clinique, sans anamnèse et sans discussion des limitations fonctionnelles écrites par les médecins traitants et la psychologue. Il n'analysait pas le contenu des rapports ni n'expliquait pourquoi les constatations des médecins traitants étaient dénuées de pertinence. Les prises de position de l'assurance des 3 février, 28 mars et 28 mai 2025 étaient dénuées de tout

fondement médical et ne pouvaient renverser les constatations concordantes des médecins traitants.

d. Par duplique du 13 novembre 2025, l'assurance a maintenu sa position.

Elle a versé à la procédure un procès-verbal du médecin-conseil du 6 novembre 2025, dans lequel le Dr J_____ indiquait que sa détermination se basait sur l'ensemble des rapports médicaux des différents médecins et thérapeutes de l'assurée ainsi que sur le *consilium* du Dr F_____. Sur la base du *consilium* et par la suite avec le contrôle du taux plasmatique, l'assurance avait repris les indemnités. Néanmoins, pour la pathologie retenue par l'expert et dans le cadre d'un trouble dépressif modéré, une reprise de la capacité de travail après plusieurs mois de traitements, pourvu que la patiente reste compliant, était attendue. Les derniers rapports de contestation des médecins de l'assurée n'apportaient que des éléments subjectifs sans aucun nouvel élément pouvant justifier une prolongation de la capacité de travail. Un trouble dépressif modéré n'était en aucun cas une pathologie chronique et n'était pas incapacitant sur le long terme.

e. Les 1^{er} et 5 juin 2026, l'assurance et l'assurée ont renoncé à la tenue d'une audience des débats d'instruction et sollicité des plaidoiries finales écrites.

f. Dans ses plaidoiries finales du 18 juin 2026, l'assurance a persisté dans ses conclusions et son argumentation. Elle avait parfaitement suivi son devoir d'instruction du dossier.

g. Dans ses plaidoiries finales du 29 juin 2026, l'assurée a maintenu ses conclusions et sa position. L'avis du Dr J_____ avait été produit uniquement pour les besoins de la cause et ne pouvait réparer *a posteriori* les lacunes des avis sur lesquels l'assurance s'était fondée pour cesser le versement des prestations. Ses médecins traitants avaient décrit des diagnostics précis, une évolution clinique, les traitements mis en place, une observance médicamenteuse objectivée par bilan sanguin ainsi que de nombreuses limitations fonctionnelles. Ces éléments ne pouvaient pas être écartés par une simple affirmation générale du médecin-conseil, qui devait motiver médicalement sa prise de position. Les avis du Dr J_____ ne pouvaient se voir reconnaître une valeur probante. Les rapports médicaux postérieurs à l'expertise du Dr F_____ faisaient apparaître plusieurs nouveaux éléments, soit un diagnostic d'épisode dépressif sévère, puis un trouble dépressif récurrent, la persistance de l'incapacité malgré la mise en place d'un traitement médicamenteux et psychothérapeutique, une observance thérapeutique objectivée par bilan sanguin, des limitations fonctionnelles détaillées dans toute activité, ainsi que des pensées suicidaires occasionnelles. Ces éléments étaient de nature à remettre en cause le pronostic du Dr F_____. L'assurée était demeurée incapable de travailler au-delà du 31 janvier 2025, à tout le moins jusqu'au 27 avril 2025.

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 loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1).

Selon la police d'assurance et l'art. 3 ch. 3 CGA, 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 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. 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. Sauf disposition contraire de la loi, les parties peuvent convenir d'un for pour le règlement d'un différend présent ou à venir résultant d'un rapport de droit déterminé. Sauf disposition conventionnelle contraire, l'action ne peut être intentée que devant le for élu (art. 17 al. 1 CPC). La convention doit être passée en la forme écrite ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte (art. 17 al. 2 CPC). Aux termes de l'art. 18 CPC, sauf disposition contraire de la loi, le tribunal saisi est compétent lorsque le défendeur procède sans faire de réserve sur la compétence.

En l'occurrence, l'art. 43 CGA prévoit qu'en cas de contestation, le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux du siège de l'assurance, soit ceux du lieu de travail suisse pour l'assuré domicilié à l'étranger.

La demanderesse étant domiciliée à Genève, la chambre de céans est également compétente à raison du lieu pour connaître de la demande.

1.3 Selon la jurisprudence, les litiges que les cantons ont décidé de soumettre à une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/889/2024 du 15 novembre 2024 consid. 1.3). Cette jurisprudence a été codifiée au 1^{er} janvier 2025, l'art. 198 let. f CPC (applicable également aux procédures en cours lors de son entrée en vigueur ; art. 407f CPC) prévoyant désormais expressément que la procédure de conciliation n'a pas lieu dans les

litiges qui sont de la compétence d'une instance cantonale unique en vertu de l'art. 7 CPC.

Le présent litige relevant des art. 7 CPC et 134 al. 1 let. c LOJ, il n'était pas soumis à conciliation.

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 de la demanderesse aux indemnités journalières de l'assurance perte de gain maladie pour une incapacité totale de travailler pour la période de 1^{er} janvier au 27 avril 2025, soit à des indemnités journalières, d'une part, pour une incapacité de travail à 50% du 1^{er} au 31 janvier 2025 (venant compléter les indemnités journalières pour incapacité de travail à 50% déjà versées par la défenderesse pour ce mois) et, d'autre part, pour une incapacité de travail à 100% du 1^{er} février au 27 avril 2025, pour un total de CHF 17'362.24.
3. 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).

3.1 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).

3.2 En l'occurrence, la police d'assurance date du 29 avril 2019 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.

4. **4.1** 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).

Il en résulte que le tribunal établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). Il s'agit donc d'un cas où une disposition spéciale instaure la maxime inquisitoire, en lieu et place de la maxime des débats (ATF 138 III 625 consid.2.1). Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_541/2010 du 16 juillet 2010 consid. 1). Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa

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

4.2 La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié ; 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 (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 ; 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 ce qui concerne la survenance d'un sinistre assuré, le degré de preuve nécessaire était 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 conservait toutefois la possibilité d'apporter des contre-preuves ; il cherchait 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 cette jurisprudence, 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).

- 5. 5.1** 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 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). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, 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 (arrêts du Tribunal fédéral 4A_218/2023 du 22 juin 2023 consid. 3.1.2 et 4A_424/2019 du 31 octobre 2019 consid. 3.1 et les références citées).

5.2 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).

Cette énumération est exhaustive. La procédure civile prévoit ainsi un *numerus clausus* des moyens de preuve, sous réserve de l'art. 168 al. 2 CPC relatif au droit de la famille (arrêt du Tribunal fédéral 4A_85/2017 du 4 septembre 2017 consid. 2.1).

6. Les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de LAMal RS 832.10) 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 complétant le Code civil suisse du 30 mars 1911 (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).

7. **7.1** En l'espèce, conformément à la police d'assurance, celle-ci couvre tout le personnel de l'employeuse contre les conséquences économiques d'une incapacité de travail pour cause de maladie, l'indemnité journalière étant de 80% du salaire et étant allouée pour une durée de 730 jours avec imputation d'un délai d'attente de trois jours. La police d'assurance prévoit en outre que les CGA font partie intégrante du contrat.

Selon les CGA, l'assurance accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité résultant d'une maladie (art. 2 ch. 2 CGA). Par maladie, on entend toute atteinte involontaire à la santé physique, mentale ou psychique, médicalement et objectivement décelable, qui n'est pas due à un accident ou à ses suites et qui exige un examen, un traitement médical ou engendre une incapacité. Les complications liées à la grossesse sont assimilées à une maladie (art. 4 ch. 2 CGA). Sauf indication contraire, le terme incapacité concerne autant l'incapacité de travail que l'incapacité de gain (art. 4 ch. 4 CGA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir les tâches habituelles de la profession exercée qui peuvent raisonnablement être exigées de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Dès l'instant où la reprise de la profession habituelle n'est plus possible, le droit aux prestations dépend de l'incapacité de gain (art. 4 ch. 5 CGA). L'assuré en incapacité peut prétendre aux prestations assurées uniquement s'il subit une perte de salaire/de gain des suites d'une atteinte à la santé (art. 13 ch. 1 CGA). L'indemnité journalière est allouée proportionnellement au degré d'incapacité qui doit être d'au moins 25% (art. 13 ch. 4 let. a CGA). L'assureur paie l'incapacité médicalement attestée et prouvée (art. 13 ch. 6 let. b CGA).

7.2 En l'occurrence, la demanderesse affirme être demeurée en état d'incapacité totale de travailler du 1^{er} janvier au 27 avril 2025, tandis que la défenderesse considère qu'elle a recouvré une capacité de travail partielle à 50% dès le 1^{er} janvier 2025, puis totale dès le 1^{er} février 2025.

7.2.1 S'agissant de la continuation d'un cas d'assurance, le degré de preuve exigé est la preuve stricte. Par ailleurs, le fardeau de la preuve incombe à la demanderesse, qui allègue la poursuite de son incapacité de travail totale et en déduit son droit à la poursuite du versement des indemnités journalières pour une telle incapacité jusqu'au 27 avril 2025.

Pour établir son incapacité de travail du 1^{er} janvier au 27 avril 2025, la demanderesse a produit une attestation du Dr I_____ du 18 décembre 2024, dans lequel ce dernier se réfère à son précédent rapport médical du 5 novembre 2024 en indiquant que d'après ledit rapport, la patiente souffrait d'un épisode dépressif sévère et que la capacité de travail – nulle à teneur dudit précédent rapport jusqu'au 1^{er} décembre 2024 – devait être réévaluée après trois mois. Or, dans cette réévaluation du 18 décembre 2024, le Dr I_____ indique que la symptomatologie est alors moyenne – par contraste, dans le précédent rapport, il qualifiait deux

symptômes, l'humeur dépressive et la fatigabilité, d'un degré de gravité intense –, avec une évolution favorable grâce au traitement médicamenteux. Sur cette base, il conclut que la capacité de travail est de 0%, que le pronostic est néanmoins favorable et qu'un retour précoce au travail pourrait provoquer une rechute symptomatique. Cette attestation apparaît empreinte d'une certaine contradiction, puisqu'elle dénote une amélioration de la situation de santé de la demanderesse tout en excluant tout recouvrement de la capacité de travail. En tout état de cause, elle n'est pas de nature à démontrer que l'incapacité totale de travailler aurait perduré au-delà du 31 décembre 2024, étant donné qu'elle atteste d'une incapacité totale de travailler uniquement au 18 décembre 2024 et dénote une amélioration.

La demanderesse a également produit un rapport de la psychologue E_____ du 4 mars 2025, dont il ressort que la situation personnelle de la patiente était en train de se stabiliser, qu'elle avait eu énormément de peine à s'adapter à sa nouvelle situation, que son aptitude à se concentrer demeurait pour le moment très limitée, qu'elle souffrait de troubles mnésiques importants et que son moral était très fluctuant, malgré la prise d'un médicament antidépresseur, qu'elle avait encore besoin de temps de repos afin de pouvoir s'adapter à sa nouvelle situation et qu'elle avait fait de nombreux progrès sur le plan tant psychologique qu'organisationnel afin de pouvoir reprendre le cours de sa vie. Ce rapport ne permet pas non plus d'établir qu'une pleine incapacité de travail aurait perduré depuis janvier 2025. En effet, au-delà du fait qu'il rejoint l'attestation du Dr I_____ en tant qu'il décrit une amélioration de la santé psychique de la recourante, ce qui pourrait indiquer le retour à une capacité de travail, il dénote le besoin de repos sans se prononcer expressément sur la capacité de travail. Il sera encore relevé que la psychologue E_____ décrit une journée type plutôt active de la demanderesse, qui passait beaucoup de temps auprès de sa famille et de ses amies, garde ses deux filles une semaine sur deux, s'en occupe, fait le ménage, les courses.

La demanderesse a encore versé à la procédure un rapport du Dr K_____ à l'OAI du 6 mars 2025, que ce médecin avait transmis à la défenderesse par courriel du 12 mars 2025 en indiquant que l'état clinique de sa patiente justifiait une prolongation de la prise en charge, se référant au rapport annexé et à ses annexes. Ce médecin retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), décrit une évolution positive des symptômes dépressifs, après le début de la thérapie cognitivo-comportementale et du traitement médicamenteux, bien que les symptômes restent importants (aboulie, anhédonie, manque de concentration, troubles mnésiques) et conclut à une capacité de travail nulle. Ce rapport, peu motivé, se réfère à deux annexes. Ces deux annexes ne sont ni datées, ni signées. Si l'on peut supposer que le rédacteur est le même que le rapport auquel elles sont annexées, elles n'indiquent pas qui en est le rédacteur. Elles ne peuvent dès lors que difficilement se voir reconnaître une quelconque valeur probante. Du reste, l'annexe 1 apparaît contradictoire avec le rapport du

Dr K_____ en ce sens qu'il n'en ressort aucune amélioration de la situation de la demanderesse, au contraire. Par ailleurs, malgré la situation décrite (notamment activités centrées autour de son téléphone et de la télévision, grignotage constant sans cuisiner, insomnies, fatigue et fatigabilité l'empêchant de planifier des activités et de faire des tâches ménagères, sentiment régulier d'être déprimée, grande anxiété avec ruminations récurrentes, aboulie et anhédonie qui l'empêche de faire du sport ou voir des amis, besoin régulier de soutien de son père et de sa belle-sœur pour les tâches ménagères, la cuisine ou les tâches administratives, asthénie, tendance à s'isoler auprès de la famille proche, baisse de l'estime de soi et honte vis-à-vis de la situation) et tout en retenant une capacité à appliquer des compétences professionnelles nulles, sans motivation sur ce point, l'annexe 1 indique que la demanderesse continue à s'occuper de ses enfants lorsque c'est sa semaine de garde, ayant la garde alternée avec le père, à entretenir des relations avec sa famille en Macédoine et en Suisse et qu'elle rend visite à sa cousine. En outre, si l'annexe 2 indique que l'évolution demeure insuffisante pour envisager une reprise professionnelle à court terme, elle se contente d'indiquer que la patiente exprime une appréhension importante face au retour au travail, notamment en raison de son manque d'énergie et de motivation, ainsi que de son incapacité à gérer le stress et les responsabilités liées à son poste, sans motiver concrètement sur la base des constatations objectives l'incapacité de travail. Au vu de ce qui précède, le rapport du Dr K_____ et ses annexes ne permettent pas non plus d'apporter la preuve de l'incapacité totale de travail de la demanderesse postérieurement au 31 décembre 2024.

La demanderesse se prévaut finalement du rapport Dr D_____ du 19 mars 2025, qui retient un état anxieux et dépressif, un état stationnaire et incapacité de travail totale de travailler. Ce rapport, qui émane du médecin généraliste de la demanderesse et non d'un spécialiste en psychiatrie, n'est pas motivé et n'est pas en adéquation avec les rapports dénotant un état non pas stationnaire mais une amélioration de la situation.

Il convient encore de noter que la demanderesse se prévaut d'une incapacité de travail totale jusqu'au 27 avril 2025 « à tout le moins », ceci alors qu'elle a été engagée, le 25 avril 2025, par un nouvel employeur en qualité de généraliste RH à 90% dès le 28 avril 2025. La demanderesse a ainsi été en mesure, avant le 25 avril 2025, d'effectuer des recherches d'emploi, de postuler à au moins un poste et de passer avec succès le processus d'embauche et elle est en mesure de reprendre une activité professionnelle dans son domaine à 90% dès le 28 avril 2025, ce qui apparaît peu compatible avec l'incapacité de travail nulle alléguée jusqu'au 27 avril 2025 et encore attestée par les professionnels traitants en mars 2026.

Au vu de ce qui précède, il doit être retenu que la demanderesse n'a pas prouvé, au degré de la preuve stricte requis, que son incapacité de travail totale aurait perduré après le 31 décembre 2024.

7.2.2 Pour le reste, l'absence de force probante des rapports des Drs F_____ et J_____ dont se prévaut la demanderesse ne peut être déterminante, au regard du fait que la demanderesse n'a pas établi, au niveau de la preuve stricte, son incapacité de travail totale du 1^{er} janvier au 27 avril 2025, et qu'il n'est en conséquence pas nécessaire d'examiner la force probante desdits rapports en tant que contre-preuve.

7.3 Pour la même raison, en relation avec la demande de production des avis médicaux du médecin-conseil fondant la position de l'assurance du 13 décembre 2024, 3 février 2025 et 28 mars 2025 et/ou toute communication interne et externe à cet égard formulée par la demanderesse dans sa demande, la production d'un éventuel rapport du médecin-conseil de la défenderesse non encore produit ne serait pas pertinente et il ne se justifierait pas d'y donner suite. Il sera au surplus sur ce point également relevé que la défenderesse a produit trois avis de son médecin-conseil à l'appui de sa réponse, sans que la demanderesse maintienne sa demande dans ses écritures ultérieures, la demanderesse n'ayant en outre pas contesté l'indication de la défenderesse d'avoir satisfait à cette demande de production en produisant ses pièces 25, 40 et 45.

- 8.** Dans ces circonstances, la défenderesse était fondée à refuser d'octroyer des indemnités journalières pour une incapacité totale de travail au-delà du 31 décembre 2024 et ainsi à n'octroyer plus que des indemnités journalières pour une incapacité de travail à 50% en janvier 2025 puis à cesser tout versement dès le 1^{er} février 2025. La demande, mal fondée, sera rejetée.

- 9.** **9.1** Bien qu'obtenant gain de cause, la défenderesse n'a pas droit à des dépens (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).

9.2 Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande 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

Nathalie KOMAIKI

Justine BALZLI

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