RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/2618/2021** **ATAS/1116/2022**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

## Arrêt du 14 décembre 2022

**4ème Chambre**

En la cause

| | |
|---|---|
| Madame A_____, domiciliée _____, GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER | demanderesse |

contre

| | |
|---|---|
| GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY | défenderesse |

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseur·e·s**

## EN FAIT

**A.** **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la demanderesse) née en 1978, domiciliée à Genève, a été engagée à compter du _____ 2018 en qualité d'assistante administrative par B_____ Sàrl (ci-après : l'employeuse).

**b.** L'employeuse avait conclu avec Mutuel Assurances SA, devenu Groupe mutuel assurances GMA SA (ci-après : l'assureur ou la défenderesse) un contrat d'assurance contre les conséquences économiques d'une incapacité de travailler de son personnel due à la maladie.

**c.** La police d'assurance prévoyait qu'en cas de maladie d'un assuré et après un délai d'attente de quatorze jours, l'assurance verse des indemnités journalières correspondant à 100% de son salaire. Les conditions générales d'assurance dans leur version du 1er septembre 2016 (ci-après : les CGA) s'appliquaient au contrat d'assurance.

**B.** **a.** L'assurée s'est déclarée en incapacité de travail pour cause de maladie dès le 3 avril 2019.

**b.** Par certificat médical du même jour, le docteur C_____, médecin praticien FMH, a attesté une incapacité de travail totale de l'assurée pour maladie depuis le 3 avril 2019, prolongé jusqu'au 31 mai 2019.

**c.** Le 10 mai 2019, l'assureur a informé l'assurée qu'il suspendait le versement de ses indemnités journalières dans l'attente des résultats de l'instruction de son dossier pour se déterminer sur ses droits à l'indemnité journalière pour perte de gain.

**d.** Le 14 mai 2019, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a certifié suivre l'assurée depuis le 4 avril 2019. Celle-ci était également en psychothérapie hebdomadaire avec Madame E_____ depuis le 2 mai 2019.

**e.** Par courriels des 27 mai et 4 juin 2019, l'assurée, représentée par le syndicat UNIA Genève a contesté la suspension de son droit aux prestations et sommé l'assureur de reprendre immédiatement le versement desdites prestations jusqu'à la prise de position de son médecin-conseil.

**f.** Le 5 juin 2019, le Dr D_____ a établi un arrêt maladie à 100% en faveur de l'assurée du 1er au 15 juin 2019.

**g.** Le 7 juin 2019, l'assurée s'est, sur demande de l'assureur, rendue chez le docteur F_____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour un examen.

**h.** Par certificat du 12 juin 2019, le Dr D_____ a attesté d'une incapacité totale de travailler de l'assurée dès le 16 juin 2019 au sein de son actuel emploi et d'une capacité entière de travail, d'un point de vue psychique, pour tout autre emploi.

**i.** Le 13 juin 2019, le Dr D_____ a certifié avoir conseillé à l'assurée de démissionner pour des raisons de santé psychique, celle-ci étant en incapacité totale de retourner au sein de cet emploi.

**j.** Dans un rapport détaillé du 17 juin 2019 et son complément, le Dr F_____ a conclu que l'assurée disposait, au jour de l'examen (le 7 juin 2019) et d'un point de vue psychiatrique, d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle d'assistante administrative, sans limitation fonctionnelle.

**k.** Le 19 juin 2019, l'employeuse a signifié son congé à l'assurée pour le 31 août 2019.

**l.** Par rapport du 17 juillet 2019, le docteur G_____, psychiatre et psychothérapeute FMH et médecin-conseil de l'assureur, a estimé que le rapport d'examen du 17 juin 2019 était pertinent et convaincant et que l'assureur pouvait suivre ses conclusions. L'activité exercée était encore exigible au taux de 100%.

**m.** Le 29 juillet 2019, l'assureur a informé l'assurée qu'il allait verser des indemnités journalières jusqu'au 15 juin 2019 mais mettait un terme à cette date à ses prestations. Le Dr F_____ estimait qu'au jour de son examen, elle bénéficiait d'une pleine capacité de travail et son médecin traitant attestait qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé dans un autre environnement professionnel depuis le 16 juin 2019. Aussi, il considérait que les conditions d'octroi des prestations n'étaient plus remplies.

**n.** Par courriel du même jour, l'assurée, sous la plume du syndicat, a réclamé à l'assureur la reprise du versement des indemnités journalières jusqu'au 30 novembre 2019, ce qui correspondait à un délai raisonnable pour changer de profession.

**o.** Par pli du 5 août 2019, l'assureur a informé le syndicat qu'il maintenait sa position. Il se fondait sur le rapport du 12 juin 2019 du Dr D_____ et estimait que dès le 16 juin 2019 l'assurée n'était plus en incapacité de travail pour une raison médicale mais uniquement en raison de l'environnement de travail.

**p.** Saisi d'une demande en paiement de l'assurée à l'encontre de son employeuse, le Tribunal des prud'hommes a rendu un jugement JTPH/145/2021 le 27 avril 2021. Il a notamment débouté l'assurée de ses conclusions en paiement du salaire non couvert par l'assurance perte de gain maladie. L'employeuse avait respecté ses obligations en contractant une assurance perte de gain et en reversant à son employée l'intégralité des montants perçus en sa faveur jusqu'au 15 juin 2019. Si l'assurée considérait qu'elle disposait d'un droit plus étendu à recevoir des indemnités pertes de gain par l'assurance perte de gain maladie, elle était libre de se retourner directement contre l'assureur.

**q.** Par courrier du 12 mai 2021, l'assurée, représentée par son nouveau conseil, a informé l'assureur qu'elle était restée en arrêt de travail jusqu'à la fin du mois d'août 2019 avant de s'inscrire au chômage dès le mois de septembre 2019. Elle

n'avait pas pu travailler jusqu'à la fin du mois d'août 2019 pour des raisons médicales, de sorte que l'assureur était prié de verser les indemnités journalières jusqu'à cette date. L'assureur était invité à lui faire parvenir une renonciation à se prévaloir de l'exemption de prescription, ceci afin d'éviter de devoir déposer des poursuites pour sauvegarder ses droits.

**r.** Le 26 mai 2021, l'assureur a maintenu sa position, à savoir que l'incapacité de travail de l'assurée n'était plus due à une raison médicale dès le 16 juin 2019 mais à l'environnement de travail. Il a en revanche renoncé à se prévaloir de toute exception de prescription à l'égard de la bénéficiaire jusqu'au 31 décembre 2022.

**s.** Le 16 juin 2021, l'assurée a transmis à l'assureur un rapport médical du 7 juin 2021 du Dr D_____, confirmant que la reprise du travail auprès de son employeuse était contre-indiquée pour des raisons strictement médicales, ainsi que le certificat du 13 juin 2019 de ce même médecin. Elle sollicitait à nouveau de l'assureur qu'il revoie sa position.

**t.** Par courrier du 1er juillet 2021, l'assureur a indiqué à l'assurée que les pièces et explications reçues ne lui permettaient pas de revoir sa position.

**u.** Le 7 juillet 2021, l'assurée a informé l'assureur qu'elle allait saisir la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) et a requis la transmission d'une copie du contrat d'assurance perte de gain souscrit par l'employeuse, ainsi que des CGA applicables audit contrat en 2019.

**v.** Le 23 juillet 2021, l'assureur lui a transmis les CGA mais indiqué ne pas pouvoir communiquer la copie du contrat d'assurance signé par l'employeuse, pour des raisons de protection des données.

**C.** **a.** Le 9 août 2021, l'assurée, sous la plume de son conseil, a déposé auprès de la CJCAS une demande en paiement dirigée contre l'assureur, concluant à sa condamnation, sous suite de frais et dépens, au paiement de CHF 10'125.-, avec intérêts à 5% l'an à compter du 15 juillet 2019.

Elle a fait valoir qu'elle avait souffert d'une incapacité de travail pour motif médical à son poste de travail jusqu'à la fin des rapports de services, ce qui était attesté par le Dr D_____. Le rapport du Dr F_____ n'indiquait pas le contraire mais excluait volontairement de son analyse la question de l'incapacité de travail auprès de l'employeur en cause, estimant que cette analyse serait de la compétence du médecin du travail. Les CGA n'excluaient pas le risque de maladie liée exclusivement à la place de travail et n'imposaient pas un changement de profession en cas d'incapacité spécifique au poste de travail, de sorte que cette question pouvait se poser tout au plus dans le cadre du principe général en assurance de l'obligation pour un assuré de réduire son dommage. Ce n'était que dans son courrier du 29 juillet 2019 que la défenderesse l'avait invitée pour la première fois à rechercher une nouvelle place de travail, sans toutefois octroyer de délai pour ce faire et coupant dès le 15 juin 2019 toute prestation d'assurance. Or, entre le courrier du 29 juillet et la cessation des rapports de travail (le 31 août

2019), il s'était écoulé un mois, de sorte qu'elle avait respecté son obligation de réduire le dommage dans un délai admissible. L'ex-employeur avait d'ailleurs relevé dans son courrier qu'elle recherchait activement une nouvelle place de travail, ce qui confirmait également qu'elle respectait son obligation de diminution du dommage.

S'agissant du montant des prestations, elle avait droit au versement par la défenderesse d'indemnités journalières du 16 juin au 31 août 2019, soit durant 77 jours. Le montant de l'indemnité pouvait ainsi se chiffrer à CHF 10'125.50 (CHF 131.50 x 77 jours), avec un intérêt à 5% l'an à compter du 15 juillet 2019 (date moyenne). La demanderesse n'avait pas perçu de salaire de son employeuse durant la période litigieuse, ce qui ressortait du jugement rendu par le Tribunal des prud'hommes.

À l'appui de son recours, elle a en particulier versé à la procédure un rapport psychiatrique, non daté, établi par le docteur H_____, psychiatre et psychothérapeute au sein du cabinet du Dr D_____, pour la période d'avril à novembre 2019.

Selon ce rapport, le Dr H_____ posait les diagnostics de personnalité émotionnellement labile et de type borderline (F60.31) et d'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (F50.4).

**b.** Le 11 août 2021, la chambre de céans a invité les parties à lui dire si elles entendaient solliciter la tenue d'une audience de débats dans le cadre de la présente cause, précisant qu'en l'absence de réponse, elle considérerait que tel n'était pas le cas.

**c.** Le 23 août 2021, la demanderesse a indiqué ne pas être en mesure de se prononcer en l'état sur les mesures d'instruction de la cause ni sur la tenue d'une audience de débat. Elle souhaitait réserver sa position jusqu'à la réponse de la défenderesse.

**d.** Par réponse du 30 septembre 2021, la défenderesse a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande.

Elle a fait valoir que le rapport d'expertise du Dr F_____ répondait entièrement aux réquisits jurisprudentiels en la matière, ce qui n'était pas le cas des rapports du Dr D_____.

Le Dr F_____, qui disposait d'un parcours universitaire en psychothérapie, avait retenu que la demanderesse ne présentait pas de signes de ralentissement, ni d'agitation psychomotrice ni aucun constat de phénomène psychosensoriel, aucun trouble ou autre élément productif de la ligne psychotique donc aucun diagnostic motivant l'incapacité de travail. Aucun épisode dépressif ni maladie psychique n'était retenu non plus, car aucun des symptômes de la dépression n'était présent. Aucune limitation dans un emploi n'était rapportée le jour de l'expertise et la capacité de travail médico-théorique était entière selon l'expert. C'était donc à

raison qu'elle s'était appuyée sur le rapport établi par le Dr F_____ et reconnu la demanderesse capable à 100% de travailler dès le 15 juin 2019.

Le Dr D_____, dans son rapport succinct, ne posait aucun diagnostic précis. Il avait dit au Dr F_____ lors d'un entretien téléphonique qu'une psychothérapie déléguée avait été mise en place et qu'il avait revu la demanderesse le 4 juin 2019 lorsqu'elle était venue chercher son arrêt de travail. Mme E_____, la psychologue, avait retenu un trouble de l'adaptation. La demanderesse avait demandé un arrêt de travail d'un mois le 4 juin 2019 mais son psychiatre traitant avait accepté de prolonger son arrêt de quinze jours uniquement. Les rapports des 14 mai et 13 juin du Dr D_____ ne correspondaient pas à une expertise répondant aux réquisits jurisprudentiels. La présence d'un épisode dépressif avait été infirmée le 7 juin 2019.

S'agissant du changement de profession évoqué par la demanderesse, il n'était pas nécessaire contrairement à ce qu'elle invoquait. Elle était employée en qualité d'assistante administrative et se plaignait de sa cheffe. Même le certificat du 12 juin 2019 du psychiatre traitant indiquait que l'incapacité restait entière dans l'emploi actuel mais qu'elle pourrait travailler chez un autre employeur. Aucun changement de profession n'était envisagé mais la demanderesse ne voulait pas retourner travailler chez son ancien employeur uniquement pour cause de conflit sur sa place de travail, de sorte qu'elle n'avait plus droit aux prestations journalières. C'était donc à bon droit que la défenderesse avait cessé les paiements dès le 15 juin 2019.

**e.** Par réplique du 3 novembre 2021, la demanderesse a constaté que la défenderesse avait enfin produit la police d'assurance, chose qu'elle avait refusé de faire auparavant. Il en résultait une amplification de ses conclusions dans la mesure où, contrairement au calcul opéré dans sa demande en paiement, l'indemnité journalière couvrait 100% et non 80% du salaire. Avec un salaire brut de CHF 60'000.- (CHF 5'000.- x 12), l'indemnité journalière s'élevait à CHF 164.40 (CHF 60'000.- / 365 jours). Elle avait le droit au versement à l'indemnité journalière du 16 juin au 31 août 2019, soit durant 77 jours. Le montant de l'indemnité pouvait ainsi se chiffrer à CHF 12'658.80 (CHF 164.40 x 77 jours) avec intérêts à 5% l'an dès le 15 juillet 2019 (date moyenne). Les conclusions étaient ainsi modifiées en ce sens.

Le montant sollicité couvrait la période du 16 juin au 31 août 2019, soit la période durant laquelle elle était sous contrat de travail auprès de l'employeuse, de sorte qu'elle était encore sous la couverture d'assurance de la défenderesse. S'agissant du Dr F_____ et de son rapport, la qualification d'expert ou d'expertise n'avait aucune incidence sur la valeur probante du document puisque seul le contenu du rapport était pertinent dans l'appréciation des preuves. Le Dr F_____ ne s'était pas prononcé sur sa capacité de travail au sein de l'entreprise, il avait plutôt indiqué que cette question ne relevait pas de ses compétences même s'il indiquait qu'un retour à un poste de travail pouvait parfois avoir des conséquences sur la

santé de la personne. Or, c'était précisément sur ce point que le Dr D_____ avait indiqué l'existence d'une incapacité de travail pour motif médical à son poste de travail, car un retour de la demanderesse au sein de l'entreprise entrainerait une péjoration de son état de santé. Le rôle du médecin traitant n'était pas de réaliser des expertises, ni des rapports ayant une telle qualité, mais d'indiquer si elle était apte à réintégrer son poste de travail à un moment donné, sans risque sur sa santé – en l'occurrence psychiatrique –, ce qui avait précisément été nié en l'espèce pour la période en cause. Les CGA exigeaient un simple certificat médical et non une véritable expertise judiciaire, ce qui serait d'ailleurs irréaliste en pratique pour les médecins traitants et coûteux pour l'assuré. L'incapacité de travail n'était pas une notion médicale à proprement parler et devait comprendre une évaluation globale, comprenant non seulement les données médicales mais également le contexte en cause, y compris vis-à-vis de l'employeur. Le Dr D_____ avait fait cette évaluation globale, ce qui n'était pas le cas du Dr F_____, pour conclure à une incapacité de travail pour raison médicale durant la période pertinente au poste de travail. Si la chambre de céans n'était pas convaincue de ce qui précédait, l'audition du Dr D_____ était requise en qualité de témoin.

**f.** Par plis des 23 novembre et 1er décembre 2021, les parties ont persisté dans leurs conclusions.

**g.** Par ordonnance de preuves du 28 mars 2022, la chambre de céans a constaté que les parties n'avaient pas sollicité d'audience de débat et y avaient renoncé. Elle a partiellement admis les offres de preuves des parties, en ordonnant l'audition du Dr D_____ par voie écrite. Un délai a été octroyé aux parties pour d'éventuelles observations sur le projet de courrier à l'attention du Dr D_____ et pour proposer d'autres questions. L'administration d'autres preuves était réservée.

**h.** Le 29 mars 2022, la demanderesse a indiqué ne pas avoir de questions complémentaires ni d'observations à formuler.

**i.** Le 7 avril 2022, la défenderesse a proposé des questions complémentaires.

**j.** Par pli du 14 avril 2022, la chambre de céans a adressé ses questions et celles de la défenderesse au Dr D_____.

**k.** Par courrier du 14 juin 2022, le Dr D_____ a répondu que lorsqu'il avait établi le certificat d'arrêt de travail à 100% dès le 16 juin 2019 en faveur de la demanderesse, celle-ci présentait des symptômes anxio-dépressifs majeurs principalement liés au conflit avec son employeur. Il retenait le diagnostic de trouble de l'adaptation (F43.2). Ce trouble était réactionnel mais les capacités de la demanderesse pouvaient immédiatement être récupérées, du moins en grande partie, par un changement d'employeur. Aussi, il avait estimé que l'incapacité à 100% était liée à l'employeur actuel et nullement à un autre futur employeur.

**l.** Le 14 juin 2022, la demanderesse a constaté que le Dr D_____ ne répondait formellement qu'aux questions formulées par la défenderesse mais qu'il n'indiquait pas formellement confirmer son appréciation selon laquelle elle était totalement

incapable de travailler pour son employeur, en particulier du 15 juin au 31 août 2019. Une réponse positive à cette question pouvait néanmoins être déduite des autres réponses de ce médecin. Cela étant, en cas de doute, il s'imposait d'inviter le Dr D_____ à y répondre formellement. Pour le surplus, la demanderesse persistait dans ses conclusions.

**m.** Le 6 juillet 2022, la défenderesse a indiqué avoir soumis le courrier du 9 mai 2022 du Dr D_____ à son médecin-conseil, le Dr G_____, qui avait émis un nouvel avis le 29 juin 2022, sur lequel elle se fondait pour maintenir sa position.

Selon l'avis du Dr G_____, la présence de symptômes ne contredisait nullement l'expertise du Dr F_____. Au contraire, le Dr D_____ abondait dans le sens du Dr F_____, puisqu'il considérait la présence de capacités fonctionnelles complètes, d'un point de vue psychiatrique. Ainsi, sur le plan strictement médical la vision de la situation était la même pour les médecins et l'incapacité de travail pour motif de maladie n'était pas justifiée au-delà de l'expertise du Dr F_____.

**n.** Interrogé à nouveau, le Dr D_____ a répondu par pli du 12 juillet 2022 que ce qu'il avait expliqué dans son précédent courrier se référait à une situation clairement présente dès le 15 juin 2019 et sans limite dans le temps puisque le conflit entre l'employeur et la demanderesse ne paraissait nullement soluble. Il maintenait donc son affirmation selon laquelle entre le 15 juin et le 31 août 2019, la demanderesse était entièrement incapable de travailler pour son employeur de l'époque.

**o.** Par plis des 8 et 10 août 2022, les parties ont persisté dans leur position respective.

**p.** Sur ce, la cause a été gardée à juger.

## 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_118/20111 du 11 octobre 2011 consid. 1.3 et les références).

Selon l'art. 2 des CGA, auquel renvoie la police d'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie, le contrat est régi par la LCA en complément auxdites CGA.

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 1er janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'espèce, l'art. 33 des CGA prévoit qu'en cas de contestations, le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux de l'assureur, soit ceux du lieu de travail suisse pour l'assuré domicilié à l'étranger.

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

**1.3** En matière d'assurance collective contre les accidents ou la maladie, l'art. 87 LCA confère un droit propre au bénéficiaire contre l'assureur, dès qu'un accident ou une maladie est survenu.

Cette disposition institue une créance indépendante au profit de l'ayant droit, créance qui naît au moment de la survenance du cas d'assurance.

L'employeuse en tant que preneuse d'assurance et la défenderesse en qualité d'assureur ont conclu un contrat collectif d'indemnité journalière selon la LCA. Par cette convention, la demanderesse était couverte contre le risque de perte de gain due à la maladie. Il s'agit d'une assurance au profit de tiers (cf. art. 18 al. 3 LCA), qui confère un droit propre à l'assuré qu'il peut faire valoir contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA, de nature impérative (cf. art. 98 LCA; ATF 141 III 112 consid. 4.3).

Par conséquent, la demanderesse possède la légitimation active pour agir contre la défenderesse.

**1.4** 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).

**1.5** Pour le surplus, la demande en paiement du 9 août 2021, qui respecte les conditions de formes légales (art. 130 et 244 CPC), est recevable.

**2.** Le litige porte sur la question de savoir si la demanderesse peut prétendre à des indemnités journalières de la part de la défenderesse du 16 juin au 31 août 2019 inclus, plus particulièrement de déterminer si elle présentait une incapacité de travail pour cause de maladie durant cette période.

**3.**

**3.1**

**3.1.1** 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) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

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

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

Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa).

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

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

**3.1.3** Une expertise privée n'est pas un moyen de preuve au sens de l'art. 168 al. 1 let. d CPC ; elle doit être assimilée aux allégués de la partie qui la produit (ATF 141 III 433 consid. 2.6; 140 III 24 consid. 3.3.3).

Seules doivent être prouvées les allégations qui sont expressément contestées (cf. art. 150 al. 1 CPC) ; une telle contestation doit être suffisamment précise afin que l'on puisse déterminer quelles sont les allégations du demandeur qui sont contestées. En d'autres termes, la contestation doit être concrète à telle enseigne que la partie qui a allégué les faits sache quels sont ceux d'entre eux qu'il lui incombe de prouver. Le degré de la motivation d'une allégation exerce une influence sur le degré exigible de motivation d'une contestation. Plus détaillées sont certaines allégations de la partie qui a le fardeau de la preuve, plus concrètement la partie adverse doit expliquer quels sont au sein de celles-ci les éléments de fait qu'elle conteste. Le fardeau de la contestation ne saurait toutefois entraîner un renversement du fardeau de la preuve (ATF 141 III 433 consid. 2.6 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3 août 2016).

Lorsqu'une allégation de partie est contestée de manière circonstanciée par la partie adverse, une expertise privée ne suffit pas à prouver une telle allégation. En tant qu'allégation de partie, une expertise privée peut, combinée à des indices dont l'existence est démontrée par des moyens de preuve, amener une preuve. Toutefois, si elle n'est pas corroborée par des indices, elle ne peut être considérée comme prouvée en tant qu'allégation contestée (ATF 141 III 433 consid. 2.6; arrêts du Tribunal fédéral 4A_247/2020 du 7 décembre 2020 consid. 4 et 4A_626/2015 du 24 mai 2016 consid. 2.5).

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

désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références; cf. également ATF 134 V 231 consid 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 4A_412/2010 du 27 septembre 2010 consid. 3.1).

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

Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle le demandeur sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATA/143/1999 du 2 mars 1999).

**3.1.5** En matière de certificats médicaux, on peut rappeler les considérants suivants, développés en matière de droit du travail mais qui s'appliquent mutatis mutandis à la présente procédure.

Le juge tient généralement compte du certificat médical, pour autant qu'il n'ait pas de doutes fondés sur son exactitude. Il s'agit ainsi d'une preuve apparente (Anscheinsbeweis). Un certificat n'a ainsi pas valeur de preuve absolue, et l'employeur peut le mettre en doute en y opposant ses propres preuves. S'il y parvient, l'employé devra amener la preuve de son incapacité de travail que le certificat médical ne suffit alors plus à établir. La preuve apparente ne devient toutefois caduque que lorsqu'il est démontré qu'il existe une possibilité sérieuse que les faits se soient déroulés différemment. Ainsi, le juge peut s'écarter du certificat médical lorsqu'à la lumière des circonstances, il apparaît qu'il n'y a pas eu d'incapacité de travail effective (Roland MÜLLER, Arztzeugnisse in arbeitsrechtlichen Streitigkeiten, Pratique juridique actuelle [PJA], 2010/2, pp. 169-170).

En cas de doute sur l'existence de l'incapacité de travail, il appartient à l'assureur d'apporter la preuve du contraire, le cas échéant, en demandant à l'assuré de se soumettre à un examen médical auprès du médecin-conseil ou d'un autre médecin (Jean-Michel DUC, Questions de procédure en assurance perte de gain maladie LCA, in : Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle, Berne 2010, p. 147).

**3.2**

**3.2.1** Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1er janvier 1996, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de cette loi 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 au Code des obligations du 30 mars 1911 (CO - 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; ATF 122 III 118 consid. 2a; ATF 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).

**3.2.2** En l'occurrence, la police d'assurance prévoit une indemnité journalière en cas de maladie s'élevant à 100 % du salaire assuré, versée pendant sept cent trente jours au maximum, sous déduction d'un délai d'attente de quatorze jours.

Selon l'art. 3 ch. 3, 1ère phrase des 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.

Selon le ch. 7, 1ère phrase de cette disposition, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

À teneur de l'art. 13 ch. 1 let. a, 1ère phrase des CGA, l'indemnité journalière est allouée proportionnellement au degré d'incapacité qui doit être d'au moins 25 %.

**4.**

**4.1** En l'espèce, la demanderesse réclame le paiement par la défenderesse, sous suite de frais et dépens, d'un montant de CHF 12'658.80, avec intérêts à 5% l'an à compter du 15 juillet 2019, à titre d'indemnités journalières impayées du 16 juin au 31 août 2019. Elle fait valoir qu'elle était en incapacité de travail à 100% pour cause de maladie auprès de l'employeuse durant la période en cause et se réfère aux rapports et déclarations de son médecin traitant.

**4.2** La défenderesse estime ne pas avoir à verser d'indemnités journalières pour cause de maladie à la demanderesse au-delà du 15 juin 2019. Elle se fonde sur le rapport d'examen du Dr F_____ du 17 juin 2019, lequel conclut à la capacité totale de travail dès le 7 juin 2019.

**4.3** En l'occurrence, il y a lieu d'examiner si la demanderesse présentait une incapacité de travail pour cause de maladie, de 25 % au moins, du 16 juin au 31 août 2019.

Conformément à la jurisprudence précitée, la charge de la preuve de l'incapacité de travail incombe à la demanderesse.

**5.**

**5.1**

**5.1.1** À titre liminaire, il sied de relever que la demanderesse n'a pas eu l'occasion de se déterminer sur le libellé des questions soumises au Dr F_____, de sorte que le rapport du psychiatre du 17 juin 2019 et son complément ne sont en tout état de cause pas une expertise au sens strict du terme, mais une expertise privée qui doit être considérée comme une simple allégation de partie.

**5.1.2** Dans la mesure où tant les rapports médicaux produits par la demanderesse que celui produit par la défenderesse sont contestés par la partie adverse, ils constituent de simples allégations.

Il convient donc de déterminer si les allégations résultant de ces différents rapports médicaux, combinés à des indices objectifs, peuvent apporter la preuve de leur propre véracité.

**5.1.3** Les parties ont renoncé validement à la tenue d'une audience de débats principaux et la seule offre de preuve proposée par la demanderesse a été l'audition de son psychiatre traitant, le Dr D_____, laquelle a eu lieu par voie écrite, conformément à l'ordonnance de preuve du 28 mars 2022 de la chambre de céans.

**5.2** Il ressort des éléments médicaux versés à la procédure que la demanderesse a été mise en arrêt de travail à 100% pour maladie dès le 3 avril 2019 (cf. certificats des 3 avril et 1er mai 2019 du Dr C_____ et du 5 juin 2019 du Dr D_____). La défenderesse a accepté de verser des indemnités journalières perte de gain jusqu'au 15 juin 2019 compris, retenant qu'au-delà du 7 juin 2019 (jour de l'examen de la demanderesse par le Dr F_____), la demanderesse ne présentait plus d'incapacité de travail pour une raison médicale, ce que la demanderesse conteste.

**5.3** La demanderesse fait valoir les rapports et déclarations écrites de son psychiatre traitant, le Dr D_____, ainsi que le rapport, non daté, établi par le Dr H_____ en remplacement du Dr D_____.

Il ressort de ces documents les éléments suivants :

**5.3.1** Le Dr D_____ a certifié qu'il suivait la demanderesse depuis le 4 avril 2019 et que celle-ci était également suivie en psychothérapie hebdomadaire auprès de Mme E_____ depuis le 2 mai 2019 (cf. certificat du 14 mai 2019). Il a établi l'arrêt de travail à 100% pour maladie en faveur de la demanderesse pour la période du 1er au 15 juin 2019 sans donner d'explication (cf. certificat du 5 juin 2019) et un nouvel arrêt de travail à 100% pour maladie dès le 16 juin 2019, limité à son actuel emploi, précisant que la capacité de travail était en revanche entière sur le plan psychique pour tout autre emploi (cf. certificat du 12 juin 2019). Il a par la suite certifié avoir conseillé à la demanderesse de démissionner pour des raisons de santé psychique et confirmé l'incapacité totale de retourner au sein de cet emploi (cf. certificat du 13 juin 2019).

Le Dr D_____ a confirmé en 2021 que la reprise du travail de la demanderesse auprès de son employeur de l'époque était contre-indiquée pour des raisons strictement médicales (cf. rapport du 7 juin 2021).

Interrogé par la chambre de céans en cours de procédure, ce médecin a déclaré par écrit que lorsqu'il a établi le certificat d'arrêt de travail à 100% en faveur de la demanderesse dès le 16 juin 2019, celle-ci présentait des symptômes anxio-dépressifs majeurs principalement conséquents au conflit avec son employeur. Il retenait le diagnostic de trouble de l'adaptation (F43.2). Ce trouble était réactionnel mais les capacités de la demanderesse pouvaient immédiatement être récupérées, du moins en grande partie, par un changement d'employeur. Aussi, il avait estimé que l'incapacité à 100% était liée à l'employeur actuel et nullement à un autre futur employeur ; que ce qu'il expliquait se référait à une situation clairement présente dès le 15 juin 2019 et sans limite dans le temps puisque le conflit entre l'employeur et la demanderesse ne paraissait nullement soluble. Il maintenait donc son affirmation selon laquelle entre le 15 juin et le 31 août 2019, la demanderesse était entièrement incapable de travailler pour son employeur de l'époque (cf. courriers des 14 juin et 12 juillet 2022).

**5.3.2** Dans son rapport non daté, établi pour la période d'avril à novembre 2019, le Dr H_____ a indiqué les motifs de la consultation psychiatrique de la demanderesse, à savoir qu'elle avait commencé à consulter en raison d'angoisses d'abandon et de persécution. Il relève qu'elle se trouvait en conflit avec son employeur dont l'attitude à son égard et à l'égard de son travail était vécue comme maltraitante et relatait une situation abusive dans l'exercice des devoirs de l'employeur. Elle expliquait également s'être coupée de tous ses contacts amicaux ces dernières années par la nécessité de s'isoler. Le Dr H_____ a établi une anamnèse complète et décrit le status psychique de la demanderesse. Il a posé les diagnostics de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) et d'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (F50.4). Il a expliqué que le tableau clinique l'avait amené à formuler l'hypothèse d'une personnalité borderline grave et qu'elle présentait une réaction anxieuse et dépressive au contexte social et professionnel, ainsi qu'un trouble alimentaire

depuis l'adolescence sur fond de blessures narcissiques importantes et de self très dévalorisé. C'était entre autres, selon ce médecin, les difficultés du passé non élaborées qui, dans un contexte de difficultés élaboratives, paraissaient avoir conduit à des traumas et à un trouble de la personnalité avec dépressivité et anxiété et l'intégration socio-professionnelle étaient grandement impactées. Il a indiqué que la demanderesse bénéficiait d'un suivi bifocal, composé d'une psychothérapie individuelle bihebdomadaire d'orientation psychodynamique par le psychologue sous délégation médicale, ainsi que d'un suivi psychiatrique sporadique ou d'urgence selon le besoin, à but évaluatif et gérant notamment une médication antidépressive et anxiolytique. Cette prise en charge était, selon lui, à prévoir sur une longue durée au vu du trouble de la personnalité et nécessitait un suivi soutenu au vu des comportements autodestructeurs. Il a expliqué que le but du traitement était de permettre à la demanderesse une diminution des angoisses par un travail sur les représentations et sur une historisation des vécus qui lui paraissaient incompréhensibles, afin de l'aider entre autres à prendre confiance en elle. Il a estimé que la question de l'avidité et de la nécessité de la combler pour éviter l'angoisse d'abandon devait en particulier être élaborée et, plus globalement, le travail cherchait à permettre l'élaboration des traumatismes infantiles et l'intégration d'un objet interne sécure.

**5.4** La défenderesse conteste les conclusions des médecins traitants de la demanderesse et se rapporte au rapport du Dr F_____, qu'elle a mandaté pour examiner la demanderesse, ainsi qu'à l'avis de son médecin-conseil, le Dr G_____.

**5.4.1** Dans son rapport du 17 juin 2019, le Dr F_____ a indiqué avoir examiné la demanderesse le 7 juin 2019 avec une durée d'entretien d'1 heure 55, avoir eu un entretien téléphonique avec le Dr D_____ de 11 minutes et avec Mme E_____ de 10 minutes. Il a établi une anamnèse complète et détaillée, décrit les plaintes de la demanderesse, sa journée-type ainsi que les renseignements pris auprès du Dr D_____ et de Mme E_____.

Le Dr F_____ a résumé ses constatations et indiqué qu'au moment de son examen, sur le plan psychiatrique, le tableau clinique était asymptomatique. Il a relevé que la demanderesse s'était montrée euthymique, détendue, réactive sur le plan émotionnel et à l'aise dans le contact, que certes, elle avait exprimé une déception par rapport à l'expérience faite chez son employeur actuel et faisait part de sa colère pour sa cheffe, ainsi que de son sentiment de non-reconnaissance, mais que ces sentiments ne relevaient pas, selon lui, du registre de la psychopathologie, mais reflétaient une réaction physiologique tout à faire naturelle face aux conflits et à une insatisfaction professionnelle et n'étaient pas un signe de maladie psychique. Il a estimé que le manque de confiance en soi que la demanderesse avait mis en avant était très sélectif et concernait essentiellement la reprise du travail, car elle n'avait donné aucun autre exemple de cette perte de confiance en soi dans d'autres domaines de la vie. Au contraire, il a soulevé

qu'elle avouait qu'elle s'occupait de ses affaires et s'engageait dans des démarches administratives notamment auprès d'Unia et de l'Hospice général. Selon ce médecin, la présentation de la demanderesse à l'examen n'évoquait pas non plus de manque de confiance en soi et ce qu'elle décrivait était en réalité une réaction d'évitement face à un événement stressant (conflit), réaction qui n'était pas en soi pathologique. Il a considéré que les troubles de la concentration allégués n'avaient pas été constatés lors de l'examen et que, de surcroît, la demanderesse elle-même ne les évoquait pas lorsqu'elle parlait de ses activités dont certaines nécessitaient la fixation de l'attention pendant un temps prolongé et de bonnes capacités de concentration. Il a relevé qu'elle arrivait à suivre des séries télévisées et à lire des livres qui l'intéressaient. Ainsi, au vu du tableau asymptomatique, le Dr F_____ ne retenait aucun diagnostic psychiatrique. Il a écarté le diagnostic d'épisode dépressif, car la demanderesse ne présentait aucun des symptômes cardinaux de la dépression (elle s'était montrée euthymique à l'entretien, avait repris ses activités habituelles, notamment des activités de type loisir, était active au quotidien, ses journées étant à l'heure actuelle bien remplies et aucun signe de fatigue n'était constaté). Au jour de l'examen, il a également écarté le diagnostic différentiel de trouble de l'adaptation, la demanderesse ne présentant pas un état de bouleversement émotionnel, un état de détresse ni aucun autre symptôme qui pouvait évoquer ce trouble.

Il a estimé que l'analyse rétroactive du tableau clinique sur le plan nosologique était difficile. Selon lui, le tableau clinique décrit par le psychiatre traitant et la psychologue était compatible avec le diagnostic de trouble de l'adaptation et il indiquait ne pas avoir d'argument solide pour remettre en question la pertinence de ce diagnostic. Cependant, il a relevé quelques incohérences, induisant un doute au moins quant à la sévérité des symptômes évoqués par la demanderesse et/ou leur constance. En tous les cas, au jour de son examen, il a estimé que la demanderesse ne présentait pas de symptôme qui justifierait le diagnostic de trouble de l'adaptation, précisant que ce diagnostic avait dû évoluer favorablement et était actuellement résolu. Étant donné que le conflit entre la demanderesse et sa patronne n'avait pas été résolu et qu'il induisait toujours chez elle des émotions négatives et des réactions d'évitement, le Dr F_____ retenait des « difficultés liées à l'emploi et au chômage, désaccord avec le supérieur et les collègues » (Z56.4) afin de reconnaître la présence de ce facteur contextuel.

Au moment de son examen, du point de vue psychiatrique, il a considéré que la capacité de travail de la demanderesse dans son activité habituelle d'assistante administrative était pleine. Selon le Dr F_____, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et il était très difficile de retracer rétroactivement l'évolution de l'état clinique de l'assurée et par conséquent les altérations de sa capacité de travail qui avaient eu lieu depuis le mois de mars 2019. Étant donné qu'il ne constatait aucune limitation fonctionnelle à son examen et que la capacité de travail de la demanderesse était pleine au moment de son évaluation, prenant en

compte qu'elle déclarait elle-même que son état n'avait pas significativement changé au cours des trois dernières semaines, pendant lesquelles elle avait repris des activités et retrouvé la motivation, il pouvait supposer qu'une pleine capacité de travail devait exister depuis au moins trois semaines. Dans son appréciation de la capacité de travail, le Dr F_____ n'avait pas pris en considération des facteurs non médicaux, tels que les conditions de travail et le conflit entre la demanderesse et sa supérieure, car ces facteurs avaient un caractère contextuel et n'influençaient pas la capacité de travail de la personne du point de vue médical.

En ce qui concernait un éventuel retour de la demanderesse chez son employeur actuel, sur son dernier poste, dans le contexte bien précis, le Dr F_____ a estimé que cette question ne relevait pas de ses compétences. La problématique de conflit ne constituait pas en soi, selon lui, une problématique médicale, même si elle pouvait parfois avoir des conséquences sur la santé de la personne et la question du retour chez l'employeur ne référait pas à la capacité de travail qui était pleine dans l'activité habituelle, mais concernait soit l'aptitude de l'assurée pour son poste actuel, dans un contexte précis (et sur ce plan seul le médecin du travail était habilité à se prononcer), soit les aspects organisationnels et relationnels qui n'étaient pas du ressort de la médecine. Le Dr F_____ pouvait seulement évoquer que la demanderesse ressentait toujours des émotions négatives envers sa cheffe et qu'elle avait tenu des propos inquiétants devant lui.

**5.5** Le Dr G_____ a quant à lui estimé que le rapport du Dr F_____ était pertinent et convaincant (cf. rapport du 17 juillet 2019), puis, concernant les déclarations du Dr D_____ en cours de procédure, que la présence de symptômes ne contredisait pas l'expertise du Dr F_____, qui relatait les plaintes de la demanderesse, au travers desquelles il était possible de voir une amélioration et des plaintes résiduelles. Il a relevé que l'examen clinique du Dr F_____ était en revanche bien plus détaillé et montrait que le constat clinique n'était pas ou plus celui d'une personne souffrant d'un trouble de l'adaptation. Le Dr D_____ n'était, selon lui, pas précis dans ses réponses et son argumentation du diagnostic. Le Dr G_____ a soulevé que l'expertise du Dr F_____ était également conforme avec les déclarations du psychiatre traitant, puisqu'elle montrait bien le fait que la capacité fonctionnelle de la demanderesse était en tout cas récupérée au moment de son examen. Le Dr F_____ rappelait néanmoins que la notion d'environnement était un facteur qui ne pouvait pas être pris en considération pour déterminer la capacité de travail, seuls comptaient les plaintes, les constats, le quotidien et la cohérence entre ces éléments et d'autres aspects tels que les traitements mis en œuvres. Pour le surplus, le Dr G_____ rappelait que la notion de souffrance subjective, existant inévitablement en situation alléguée de conflit professionnel, n'était pas un synonyme de maladie mentale. Le seul fait qu'une incapacité soit attestée à géométrie variable devait faire examiner la situation sous l'angle de la cohérence, car un tel certificat sous-entendait la participation de facteurs extra-médicaux, dont le médecin n'était d'ailleurs, dans la majorité des

cas, aucunement témoin. Force était de constater, selon le Dr G_____, que le Dr D_____ abondait dans le sens du Dr F_____, puisqu'il considérait la présence de capacités fonctionnelles complètes, d'un point de vue psychiatrique. Ainsi, sur le plan strictement médical, il a considéré que la vision de la situation était la même pour les médecins et l'incapacité de travail pour motif de maladie n'était pas justifiée au-delà de l'expertise du Dr F_____ (cf. avis du 29 juin 2022).

**5.6** Force est de constater d'abord que le diagnostic posé par le Dr D_____ et ceux posés par le Dr H_____ sont différents. En effet, le premier retient un trouble de l'adaptation (F43.2), alors que le second retient un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) et une hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (F50.4). Or, ces différentes constatations fragilisent leurs appréciations respectives de l'état de santé psychique de la demanderesse.

Ensuite, le fait que les rapports et déclarations du Dr D_____ soient relativement succincts et peu détaillés contribue également à faire naitre le doute sur ses conclusions.

Le Dr H_____ a certes établi un rapport plus détaillé mais ne parvient pas aux mêmes conclusions que celles du Dr D_____ et, surtout, il ne se prononce pas sur la capacité de travail de la demanderesse, encore moins à son poste auprès de son employeur de l'époque.

Quant au Dr F_____, après avoir examiné la demanderesse et s'être renseigné auprès de son psychiatre traitant et de sa psychologue, il a établi un rapport détaillé et précis, dont les explications sont suffisamment convaincantes pour remettre en cause les allégations de la demanderesse sur les causes de son incapacité de travail.

Enfin, le Dr G_____ confirme la position du Dr F_____, estimant qu'en réalité, elle ne contredit pas les constatations du Dr D_____ sur le plan médical, mais constitue simplement une appréciation différente, plus convaincante et mieux motivée.

Dans la mesure de ce qui précède, plusieurs éléments font naître des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations de la demanderesse, laquelle n'est ainsi pas parvenue à prouver que son incapacité de travail était due à la maladie. Or, conformément à la police d'assurance et aux CGA, pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance perte de gain, il fallait, en l'espèce, justifier d'une incapacité de travail résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, ce qui ne peut, en l'état, être retenu pour la période litigieuse.

**6.** Dès lors, la demande doit 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 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 |
|---|---|
| Isabelle CASTILLO | Catherine TAPPONNIER |

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