

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2784/2025

ATAS/673/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 30 juillet 2026

Chambre 6

En la cause

A_____

demanderesse

représentée par Me Stéphane CECCONI, avocat

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA

défenderesse

représentée par Mes Pierre GABUS et Lucile BONAIZ, avocats

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente.

EN FAIT

A. **a.** A _____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1964, domiciliée dans le canton de Vaud, mère d'une fille née le _____ 2000, a collaboré en tant que *Senior Risk officer* auprès de la BANQUE B _____ sise dans le canton de Genève (ci-après : l'ancienne employeuse) du 1^{er} mars 2023 au 29 février 2024, date de la fin des rapports de travail consécutivement à son licenciement, notifié le 30 novembre 2023.

b. À ce titre, l'assurée était au bénéfice d'une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie auprès de ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : Zurich).

Selon la police d'assurance, l'indemnité journalière s'élève à 90% du gain, du 31^e jour au 730^e jour.

B. **a.** Zurich a versé en faveur de l'assurée, en raison d'un événement survenu le 1^{er} décembre 2023, des indemnités journalières du 31 décembre 2023 au 31 juillet 2024 pour un montant total de CHF 59'922.25 (décompte du 7 janvier 2025).

b. Le 21 mai 2024, l'assurée a complété un formulaire « demande de prestations AI pour adultes : mesures professionnelles / rente », en invoquant des douleurs à la nuque, aux bras et à la main liées à des problèmes névralgiques, une perte de sensibilité dans la main, une arthrose cervicale, une thyroïde nodulaire, ainsi qu'une dépression sévère.

c. Par rapport du 3 juin 2024, la docteure C _____, spécialiste en médecine interne générale, a fait état d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et anxieuse. Elle indiquait qu'un voyage de l'assurée en Chine, du 15 juin prochain pour quinze jours, pour visiter sa famille serait favorable à sa santé.

d. Dans une note du 6 juin 2024, la docteure D _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et médecin-conseil de Zurich, a mentionné que l'arrêt de travail était motivé par un trouble de l'adaptation qui trouvait son origine dans un licenciement infondé faisant l'objet d'une procédure en cours. Le contrat de travail ayant été rompu pour le 29 février 2024, l'assurée ne serait plus confrontée professionnellement à son employeur. Si celle-ci était capable d'organiser un voyage en Chine pour voir sa famille, elle était également capable de rechercher un emploi.

e. Par lettre du 22 juillet 2024, Zurich a informé l'assurée que, selon les pièces médicales au dossier, elle serait en mesure de reprendre une activité à 100% à compter du 1^{er} août 2024. En conséquence, les indemnités journalières lui seraient versées à 100% jusqu'à cette dernière date.

f. Par certificat du 7 août 2024, la Dre C _____ a attesté d'un arrêt de travail total du 1^{er} au 31 août 2024, qui a été prolongé jusqu'au 31 octobre 2024 (certificats des 11 septembre et 10 octobre 2024).

g. Par courriel du 8 août 2024, l'assurée a contesté la position de Zurich et l'a invitée à reprendre immédiatement le versement des indemnités journalières.

h. Par rapport du 3 septembre 2024, la Dre C_____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen - le dernier épisode remontait à décembre 2023 -, et d'une uncodiscarthrose C5-C6 et C6-C7 avec irradiation C6. L'incapacité de travail était totale depuis le 1^{er} décembre 2023. L'assurée était une patiente de 60 ans, ayant souffert de longue date de troubles anxio-dépressifs récurrents. Elle s'attachait à effectuer ses tâches de travail avec minutie, mais le milieu bancaire dans lequel elle fonctionnait était prompt aux licenciements sans motif. Au vu de son anxiété, ces licenciements étaient toujours à l'origine de décompensations psychiatriques importantes.

i. Dans une note du 2 novembre 2024, la Dre D_____ a relevé que selon la Dre C_____, l'assurée souffrait d'une anxiété depuis l'enfance, et dans le contexte de son licenciement, d'un épisode dépressif moyen réactionnel au pronostic favorable. Le médecin-conseil en a conclu que, d'une part, les éléments anxieux n'étaient pas incapacitants puisque l'assurée avait mené un parcours professionnel actif avec ce diagnostic et que, d'autre part, celle-ci avait largement eu le temps de se remettre de ses symptômes réactionnels au licenciement.

j. Le 4 novembre 2024, l'assurée s'est inscrite à l'assurance-chômage (courrier de confirmation d'inscription de l'office régional de placement [ORP] de E_____ du 7 novembre 2024) pour un temps de travail de 100%.

k. Par certificat du 8 novembre 2024, la docteure F_____, médecin assistante au centre de psychiatrie et de psychothérapie G_____, a attesté d'une incapacité de travail totale du 1^{er} au 30 novembre 2024, qui a été prolongée jusqu'au 31 août 2025 (certificats des 28 novembre et 18 décembre 2024, 29 janvier, 27 février, 4 avril, 7 mai, 18 juin, et 14 août 2025, étant relevé que celui relatif au mois de juillet 2025 n'est pas daté).

l. Par courrier du 12 novembre 2024, Zurich a maintenu sa position selon laquelle l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dès le 1^{er} août 2024.

m. Par rapport du 30 décembre 2024, les docteurs H_____ et I_____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie au centre G_____, ont retenu le diagnostic, avec incidence sur la capacité de travail, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) depuis le 29 février 2024, date à compter de laquelle l'incapacité de travail était totale.

n. Le 17 janvier 2025, l'assurée a transmis à Zurich un rapport du centre G_____ du 15 janvier 2025, en l'invitant à reconsidérer sa position.

Dans ce rapport, auquel était joint un formulaire d'évaluation de la dépression, les Drs H_____, I_____ et F_____ ont fait état d'un épisode dépressif sévère dans un contexte de dépression récurrente, avec une composante anxieuse

importante en lien avec le licenciement et les pertes familiales. L'assurée n'avait pas pu faire le deuil de son père, décédé en juin 2023 en Chine, ce qui avait aggravé son état. En plus des douleurs physiques (somatiques), l'assurée était limitée par sa pathologie psychiatrique. Elle présentait des troubles mnésiques et de concentration, rendant difficile son retour au travail.

o. Dans une note du 8 février 2025, la Dre D_____ a rappelé que l'assurée avait été victime d'un licenciement abusif et que celle-ci avait allégué avoir été mobbée, harcelée, discriminée et surchargée de travail auprès de son ancienne employeuse. La médecin-conseil a considéré que l'assurée présentait un trouble de l'adaptation, non durable, et qu'une reprise dans un poste où elle serait mieux traitée était souhaitable. L'assurée ayant 60 ans, le décès de son père paraissait dans l'ordre des choses. En dépit de sa symptomatologie dépressive persistante, l'assurée avait pu partir en voyage. Elle avait donc également des facultés cognitives suffisantes pour rechercher un emploi.

p. Par courrier du 14 février 2025, Zurich a informé l'assurée que le rapport médical précité du 15 janvier 2025 n'était pas susceptible de modifier sa position.

q. Par courriel du 7 mai 2025, la Dre F_____ a fait état d'un trouble anxiodépressif persistant lié à une accumulation de facteurs psychosociaux et professionnels délétères (harcèlement, surcharge, discrimination au travail), entraînant une décompensation psychiatrique, dont la récupération restait partielle à ce jour. La symptomatologie actuelle ne permettait pas une reprise d'activité professionnelle effective ni une insertion dans un programme de placement. L'état de santé se manifestait par une fatigabilité importante, une anxiété invalidante, des troubles de la concentration et une perte de confiance. Le fait que l'assurée ait pu envisager un voyage ne constituait pas en soi un critère d'aptitude au travail. Ce type d'activité pouvait s'inscrire dans un processus thérapeutique visant à maintenir des liens sociaux ou un minimum de stimulation, mais ne devait pas être confondu avec une capacité de travail.

r. Par courrier du 20 mai 2025, l'ORP de E_____ a annoncé à l'assurée l'annulation de son dossier, compte tenu de son incapacité de travail totale de longue durée.

s. Par rapport du 17 juillet 2025, la docteure J_____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics de radiculopathie C6 G douloureuse et déficitaire sur le plan sensitif, et de possible atteinte radiculaire L5 ou S1 G.

- C.** **a.** Par acte du 18 août 2025, l'assurée, représentée par son avocat, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'une demande en paiement à l'encontre de Zurich, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la production par celle-ci du calcul de l'indemnité journalière, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et, principalement, à la condamnation de la défenderesse à lui verser un montant de

CHF 105'003.23 (373 jours × CHF 281.51) à titre d'indemnités journalières pour la période du 1^{er} août 2024 au 18 août 2025, avec intérêts à 5% à compter du 8 août 2024, date de la mise en demeure, et à l'octroi d'un délai à l'issue de la procédure et avant jugement pour produire la facture d'honoraires de son avocat.

La demanderesse a réclamé le versement des indemnités journalières au-delà du 1^{er} août 2024, en se fondant sur la police d'assurance perte de gain conclue par son ancienne employeuse, prévoyant le paiement d'une indemnité journalière en cas de maladie correspondant à 90% du salaire brut, dès le 31^e jour d'incapacité de travail.

Elle a allégué que la défenderesse s'était acquittée des indemnités journalières d'un montant de CHF 271.23 dans un premier temps, puis de CHF 283.51 par jour à compter de mars 2024 jusqu'au 31 juillet 2024, au-delà de la fin des rapports de travail.

Or, l'appréciation du recouvrement de la capacité de gain dès le 1^{er} août 2024 reposait sur les avis de la médecin-conseil de la défenderesse, rédigés de manière sommaire, qui se limitaient à des considérations générales, voire personnelles, sans aucune motivation d'ordre médical.

La demanderesse a fait valoir qu'elle avait, à l'inverse, fourni des attestations médicales motivées et circonstanciées à l'appui de son incapacité de travail. Son état de santé ne s'étant pas amélioré au fil du temps, elle avait été contrainte de déposer une demande d'invalidité le 21 mai 2024, qui n'avait pas encore abouti à une décision. Son droit au chômage avait par ailleurs été nié, en raison de son inaptitude au placement.

b. Par réponse du 4 novembre 2025, la défenderesse a conclu, sous suite de frais et dépens, au déboutement de la demanderesse de toutes ses conclusions.

La défenderesse a exposé que la demanderesse ne prouvait pas son incapacité de travail au degré de preuve stricte tel qu'exigé par la jurisprudence. Les certificats médicaux que celle-ci avait produits n'étaient pas propres à démontrer une incapacité de travail après le 31 juillet 2024. Les diagnostics posés par ses différents médecins ne se révélaient ni uniformes, ni cohérents, traduisant davantage une évolution contextuelle et subjective de la situation de la demanderesse qu'une pathologie psychiatrique relevant d'une incapacité de travail.

Dans un premier rapport du 27 mars 2024 (que la défenderesse a produit), la Dre C_____ retenait un trouble de l'adaptation en lien avec le conflit professionnel et la procédure de licenciement. Ce diagnostic, par nature réactionnel et transitoire, ne pouvait pas justifier une incapacité de travail prolongée au-delà de quelques semaines. À l'appui de ce raisonnement, la défenderesse s'appuyait sur la note de son médecin-conseil du 6 juin 2024. Elle ajoutait que la Dre C_____ faisait état d'un pronostic d'évolution favorable avec une reprise de l'activité professionnelle à 100% dans la même activité mais

sur un autre lieu de travail dans les mois suivants. La défenderesse en inférait que toute incapacité durable était exclue.

Par ailleurs, dans une attestation du 3 juin 2024, la Dre C_____ confirmait le diagnostic de trouble de l'adaptation, tout en préconisant un voyage en Chine pour « diminuer le dommage ». De l'avis du médecin-conseil, cela était incompatible avec une situation d'incapacité totale de travail. Une telle recommandation traduisait une bonne mobilité et une autonomie fonctionnelle et organisationnelle préservée. La dernière attestation d'incapacité de travail au dossier établie par la Dre C_____ le 1^{er} juillet 2024 (que la défenderesse a produite) couvrait la période jusqu'au 31 juillet 2024. Aucun document médical probant ne venait justifier une incapacité au-delà de cette date.

Sur cette base, et au vu des rapports médicaux disponibles, ainsi que de l'avis circonstancié de son médecin-conseil, la défenderesse confirmait, par courrier du 22 juillet 2024, la reprise de l'activité professionnelle à 100% à compter du 1^{er} août 2025 (*recte* : 2024).

Le 3 septembre 2024, plus d'un mois après la reprise présumée, la Dre C_____ établissait un nouveau rapport, à l'attention de l'assurance-invalidité, en mentionnant des troubles dépressifs récurrents de degré moyen et des troubles anxieux anciens. La défenderesse, sur la base de la note de son médecin-conseil du 2 novembre 2024, considérait que ce changement de diagnostic, sans nouvel événement déclencheur ni aggravation documentée, soulevait des doutes sur la cohérence de l'évolution clinique. La défenderesse ajoutait que, dans ce rapport du 3 septembre 2024, la Dre C_____ reconnaissait un pronostic favorable et précisait qu'une reprise d'une activité professionnelle adaptée (hors milieu bancaire) était possible à 100%. Ce constat était compatible avec l'appréciation du médecin-conseil qui concluait à l'absence d'incapacité de travail.

Plusieurs mois plus tard, dans un rapport du 15 janvier 2025, était évoqué un diagnostic de « dépression sévère » dans un contexte de dépression récurrente. Cependant, ce diagnostic tardif, formulé plus de cinq mois après la fin de la période d'incapacité reconnue, ne reposait sur aucun suivi documenté ni sur une aggravation objectivée par des éléments médicaux précis. Ce rapport ne faisait pas non plus l'objet d'une procédure probatoire structurée ni ne se fondait sur des tests standardisés.

En l'absence d'éléments objectifs attestant d'une aggravation, et au regard des contradictions internes aux rapports médicaux, la défenderesse, sur la base de l'avis de son médecin-conseil du 8 février 2025, maintenait que la demanderesse disposait d'une capacité de travail nécessaire pour rechercher et exercer une activité adaptée à son profil et à son état de santé. Selon la médecin-conseil, la symptomatologie décrite ne présentait ni l'intensité ni la chronicité caractéristiques d'une dépression sévère. De surcroît, le contexte du licenciement

et les difficultés survenues dans la relation de travail constituaient des facteurs extrinsèques non couverts par l'assurance perte de gain maladie.

Ensuite, la défenderesse a fait valoir que l'assurance perte de gain maladie souscrite était une assurance de dommage, et que, dans ce cadre, la demanderesse ne prouvait ni l'existence ni la quotité de sa perte de revenus.

La demanderesse n'était tombée malade qu'après la résiliation des rapports de travail, qui lui avait été notifiée le 30 novembre 2023. Dans ce cas, elle ne bénéficiait d'aucune présomption de perte de gain. Il lui appartenait de prouver qu'elle aurait exercé une activité lucrative sans sa maladie. Or, aucune pièce, aucune allégation, ni aucune explication n'était fournie à cet égard par la demanderesse. Le mémoire de demande ne contenait aucun allégué en ce sens et ne disait rien sur le montant ou le droit potentiel à des prestations de l'assurance-chômage. La demanderesse n'apportait donc pas la preuve du revenu hypothétique qu'elle aurait perçu ni celle de sa volonté effective de demeurer active professionnellement. Cette absence de preuve était d'autant plus significative que la demanderesse avait elle-même déclaré que le milieu bancaire ne lui convenait plus et qu'elle ne souhaitait plus exercer dans ce domaine. Dans ces conditions, rien ne permettait d'admettre qu'elle aurait poursuivi une activité lucrative équivalente à son emploi précédent, ni qu'elle aurait perçu le même niveau de rémunération.

c. Par réplique du 23 décembre 2025, la demanderesse a persisté dans ses conclusions préalables figurant dans son mémoire de demande. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à la condamnation de la défenderesse à lui verser à titre d'indemnités journalières, pour la période du 1^{er} août 2024 au 29 novembre 2025, principalement, un montant de CHF 143'802.54, subsidiairement, un montant de CHF 137'785.86, plus subsidiairement, un montant de CHF 131'817.78, ou encore plus subsidiairement, un montant de CHF 105'457.14, avec intérêts à 5% à compter du 8 août 2024, date de la mise en demeure.

La demanderesse a allégué qu'elle contribuait en nature et financièrement aux études de sa fille à l'Université de K_____ depuis le 1^{er} février 2024. Quant à elle, elle était au bénéfice d'un *Master of Business Administration* délivré par la L_____ en 1995. Elle était de langue maternelle chinoise. Elle avait depuis lors travaillé pour diverses banques en Suisse et autres entreprises, notamment en qualité de conseillère négoce international auprès de la BANQUE M_____, en qualité de responsable du *Service Trade Finance* et Administration des Crédits auprès de N_____, en qualité de *Deputy Head of Credit Risk* auprès de O_____, en qualité de responsable du département des crédits avec titre de fondée de pouvoir puis en tant que sous-directrice auprès de la banque P_____, en qualité de *Credit Analyst in charge of the Credit and Bank Relations with the title of Director* auprès de Q_____, en qualité de *Trade Finance Officer with the corporate grade of Associate* auprès de R_____, en qualité de *Head of Risk & Credit Department* auprès de S_____, en qualité de gestionnaire de crédits,

spécialiste garanties et lombard au titre de fondée de pouvoir auprès de T_____, et en qualité de *Senior Risk officer* auprès de la BANQUE B_____. Elle avait toujours travaillé à temps plein dans ces emplois. Elle bénéficiait ainsi d'une très large expérience dans le milieu bancaire, en particulier dans le risque.

Lors de sa carrière, elle avait perçu des salaires qui avoisinaient les CHF 10'000.- mensuels. Son salaire pouvait être considéré comme modeste dans son dernier emploi eu égard à son expérience et ses qualifications. Selon l'Office fédéral des statistiques, le salaire médian dans les services financiers pour une femme cadre supérieur et moyen se situait en 2022 dans la région lémanique à CHF 16'015.-.

Elle ressentait comme un échec le fait de ne pas disposer d'un emploi. Elle aurait remué ciel et terre afin de trouver un nouvel emploi à plein temps si elle ne se trouvait pas en incapacité de travail. D'ailleurs, il ne manquait pas d'offres d'emploi à Genève auxquelles elle aurait pu postuler. Sept emplois correspondant à son profil étaient à pourvoir en décembre [2025]. Il ne faisait ainsi aucun doute que si elle n'était pas en incapacité de travail, elle aurait retrouvé un emploi au moins aussi bien rémunéré, eu égard à ses qualifications, à son expérience et à la maîtrise du chinois, langue prise en compte par de nombreux employeurs.

La défenderesse lui avait versé une indemnité journalière s'élevant à CHF 271.23 du 31 décembre 2023 au 29 février 2024, dès lors qu'elle était rémunérée à hauteur de CHF 110'000.- par an (CHF 110'000.- / 365 jours × 0.90 du gain assuré). La défenderesse avait donc estimé que le dommage subi représentait la perte du salaire normalement versé par l'ancienne employeuse. Du 1^{er} mars au 31 juillet 2024, la défenderesse lui avait versé une indemnité journalière s'élevant à CHF 283.51. Elle avait ainsi reconsidéré le dommage subi à la hausse dès la fin du contrat de travail. Si la défenderesse n'avait pas considéré qu'elle était capable de reprendre une activité professionnelle dès le 1^{er} août 2024, l'indemnité journalière aurait continué à être versée à hauteur de CHF 283.51.

Dans l'hypothèse où elle ne se trouverait plus en incapacité de travailler, à défaut d'un nouvel emploi, elle aurait eu droit à l'indemnité de chômage dès le 1^{er} août 2024. Elle avait été employée auprès de la BANQUE B_____ durant douze mois, avant son licenciement.

Elle ne contestait pas que l'assurance perte de gain pour maladie avait été conclue sous la forme d'une assurance de dommage et qu'elle était tombée malade le 1^{er} décembre 2023, un jour après son licenciement avec effet au 28 février 2024.

Elle était au bénéfice d'un *Master of Business Administration* délivré par la L_____ et d'une très grande expérience dans le milieu bancaire. Elle avait toujours travaillé à 100% dans tous ses emplois. Il ne faisait donc aucun doute que si elle n'avait pas été en incapacité de travail, elle aurait entrepris toutes les démarches nécessaires pour retrouver un emploi dans le secteur bancaire. Compte tenu de son expérience, de son expertise en matière de gestion des risques et de sa maîtrise de la langue chinoise, elle aurait été en mesure de retrouver un emploi

dans ce secteur sans difficulté, en tout état de cause entre les mois de mars 2024 et de juillet 2024. Elle aurait perçu un salaire d'au moins CHF 10'000.-, montant se situant bien en-dessous du salaire médian qui s'élevait à CHF 16'015.- dans son secteur d'activité. Par conséquent, le dommage subi en raison de la maladie représentait le salaire qu'elle obtiendrait si elle n'était pas en incapacité de travail, soit CHF 10'000.- mensuel. Ainsi, la défenderesse devait lui verser 90% du gain manqué, soit une indemnité journalière de CHF 295.89 ($\text{CHF } 120'000.- / 365 \times 0.90$). Pour la période du 1^{er} août 2024 au 29 novembre 2025, elle devait lui payer un montant total de CHF 143'802.54 ($486 \text{ jours} \times \text{CHF } 295.89$) au titre des indemnités journalières.

Dans l'hypothèse où la demanderesse n'aurait pas été en mesure de retrouver un nouvel emploi assorti d'un salaire mensuel de CHF 10'000.-, il conviendrait de retenir le dommage tel qu'il avait été fixé par la défenderesse à compter du 1^{er} mars 2024, à savoir le montant de l'indemnité journalière de CHF 283.51, que celle-ci aurait continué à lui verser si elle n'avait pas erronément considéré que la demanderesse était en pleine capacité de travail dès le 1^{er} août 2024. Partant, la défenderesse devrait lui verser le montant de CHF 137'785.86 ($486 \text{ jours} \times \text{CHF } 283.51$) au titre des indemnités journalières pour la période du 1^{er} août 2024 au 29 novembre 2025.

Dans l'éventualité où la chambre de céans ne retenait pas ce montant, il convenait d'admettre que le dommage de la demanderesse était constitué par la perte du salaire que lui versait son ancienne employeuse (CHF 110'000.-), soit le gain assuré à teneur des conditions générales d'assurance applicables. Partant, la défenderesse devrait lui verser le montant de CHF 131'817.78 ($486 \text{ jours} \times \text{CHF } 271.23$) au titre des indemnités journalières pour la période du 1^{er} août 2024 au 29 novembre 2025.

À titre tout à fait subsidiaire, le dommage consisterait en la perte de l'indemnité de chômage à laquelle la demanderesse aurait eu droit si elle n'avait pas été en incapacité de travail. Outre la condition de l'aptitude au placement qu'elle ne pouvait pas réaliser en raison de l'incapacité de travail, la demanderesse remplissait toutes les conditions donnant droit à l'indemnité de chômage. Ainsi, dès lors qu'elle avait une obligation d'entretien envers sa fille de moins de 25 ans, étudiante à l'université, elle aurait eu droit à une indemnité journalière de chômage pleine et entière de CHF 7'333.34 par mois ($\text{CHF } 110'000 / 12 \text{ mois} \times 0.8$). L'indemnité journalière due par la défenderesse s'élèverait alors à CHF 216.99 ($\text{CHF } 7'333.34 \times 12 \text{ mois} / 365 \text{ jours} \times 0.9$). En conséquence, la défenderesse devrait lui verser le montant de CHF 105'457.14 ($486 \text{ jours} \times \text{CHF } 216.99$) au titre des indemnités journalières pour la période du 1^{er} août 2024 au 29 novembre 2025.

En ce qui concernait son incapacité de travail, elle était de 100% du 1^{er} août 2024 au 30 novembre 2025, tel que cela ressortait des certificats médicaux. La Dre C_____ avait diagnostiqué un trouble dépressif récurrent qui s'était

déclenché en décembre 2023, ainsi qu'une uncodiscarthrose C5-C6 et C6-C7 avec irradiation C6. Quand bien même cette spécialiste avait dans un premier temps diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et anxieuse, ce diagnostic était cohérent avec le diagnostic de trouble dépressif récurrent, dès lors que le diagnostic s'était affiné au fur et à mesure du suivi dont elle avait bénéficié.

Les Drs H_____ et I_____ avaient diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) dans un contexte de dépression avec composante anxieuse. Cette dépression sévère s'était déclenchée en décembre 2023. Ces troubles n'avaient eu de cesse d'être confirmés par ces psychiatres.

Quant au diagnostic de cervicobrachialgies G avec atteinte radiculaire sensitive déficitaire C5 ou C6 G dont elle souffrait depuis l'automne 2023, celui-ci était attesté par la Dre C_____, ainsi que par la Dre J_____ depuis le 30 janvier 2024. Cette dernière indiquait dans son rapport du 6 octobre 2025 n'avoir pas attesté d'incapacité de travail dans la mesure où elle l'avait déjà été par d'autres confrères.

De son côté, la médecin-conseil de la défenderesse s'était bornée à quelques très brèves considérations en réaction aux divers rapports médicaux qui lui avaient été soumis sans jamais émettre la moindre analyse médicale ni convier la demanderesse à un examen médical. La médecin-conseil avait fait preuve d'approximation et s'était figée sur le fait que la demanderesse serait apte à rechercher un emploi parce qu'elle avait rendu visite à sa famille en Chine alors que son père était décédé quelques mois plus tôt. Cette dernière considération, outre son caractère inapproprié, laissait à penser que pour la médecin-conseil, le fait de rechercher un emploi était équivalent à l'exercice effectif d'un emploi, ce qui était naturellement inadmissible. Parant, les avis de la médecin-conseil n'avaient aucune force probante.

Au vu de ces éléments, la demanderesse en a inféré avoir prouvé qu'elle ne disposait d'aucune capacité de travail depuis le 1^{er} décembre [2023] jusqu'à ce jour.

À l'appui de ses allégués, la demanderesse a versé au dossier :

- les attestations d'immatriculation de sa fille à l'Université de K_____ pour les semestres de printemps 2024, d'automne 2024, de printemps 2025 et d'automne 2025 ;
- son diplôme postgrade en gestion de l'entreprise (*Master's degree in business administration*) décerné par l'Université de U_____ en juillet 1995 ;
- son curriculum vitae ;

-
- le certificat de travail du 11 octobre 2024 établi par la BANQUE B_____ portant sur la période d'activité du 1^{er} mars 2023 au 29 février 2024 ;
 - le certificat de travail du 1^{er} octobre 2019 établi par T_____ portant sur la période d'activité du 13 novembre 2017 au 31 juillet 2019 ;
 - le *work certificate* du 25 octobre 2017 établi par S_____ portant sur la période d'activité du 28 mars 2016 au 25 octobre 2017 ;
 - la *reference letter* du 31 mars 2016 établie par R_____ portant sur la période d'activité du 1^{er} octobre 2015 au 31 mars 2016 ;
 - le *work certificate* de 2011 (date non entièrement visible) établi par Q_____ portant sur la période d'activité du 1^{er} décembre 2009 au 31 janvier 2011 ;
 - le certificat de travail du 15 décembre 2009 établi par la BANQUE P_____ portant sur la période d'activité du 17 mars 2008 au 15 décembre 2009 ;
 - le certificat de travail du 11 mars 2008 établi par V_____ SA portant sur la période d'activité du 11 juin 2007 au 15 février 2008 ;
 - le certificat de travail du 31 mars 2005 établi par N_____ portant sur la période d'activité du 2 septembre 2002 au 31 mars 2005 ;
 - le certificat de travail (non daté) établi par la BANQUE M_____ portant sur une période d'activité ayant débuté le 1^{er} juin 1999, sans que la date de cessation de travail ne soit précisée ;
 - le formulaire « Détermination du statut (part active / part ménagère) » qu'elle a complété le 12 juillet 2024 à l'attention de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud ;
 - un document « Salaire mensuel brut selon Année, Grande région, Division économique, Position professionnelle, Sexe et Valeur centrale et autres percentiles » émanant de l'Office fédéral de la statistique ;
 - des offres d'emploi liées à l'activité de *business analyst risk* ;
 - les certificats d'incapacité de travail totale des 4 septembre, 22 octobre et 19 décembre 2025 établis par la Dre F_____ portant sur la période du 1^{er} septembre au 31 décembre 2025 ;
 - le rapport du 23 juillet 2025 des Drs H_____, F_____ et I_____, à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud ;
 - le rapport du 30 janvier 2024 de la Dre J_____, posant le diagnostic de radiculopathie C6 G d'origine compressive, algique et déficitaire sur le plan sensitif ;
 - le rapport du 6 octobre 2025 de la Dre J_____ à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud, retenant le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de cervicobrachialgies G avec atteinte radiculaire sensitive
-

déficitaire C5 ou C6 G depuis l'automne 2023, ainsi qu'une annexe relative de l'aptitude à la réadaptation.

d. Par duplique du 28 janvier 2026, la défenderesse a persisté dans ses conclusions, tout en sollicitant préalablement le déboutement de la demanderesse de ses conclusions préalables en production du calcul de l'indemnité journalière, et la production par celle-ci et/ou tout tiers de son dossier d'assurance-invalidité incluant le détail du montant perçu au titre d'indemnités journalières et/ou d'une rente de l'assurance-invalidité ; pour le surplus, la défenderesse s'en rapportait à justice sur la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

La défenderesse a allégué que la demanderesse, âgée de 60 ans au moment de la cessation de ses rapports de travail avec l'ancienne employeuse, n'aurait pas retrouvé d'emploi similaire au même salaire, indépendamment de la survenance de l'incapacité de travail invoquée. Les statistiques officielles démontraient que, pour les personnes âgées de plus de 50 ans, la durée moyenne du chômage avoisinait 300 jours, avec un effet dit de « guillotine » qui s'accroissait fortement après l'âge de 55 ans, rendant le retour à l'emploi particulièrement difficile. Le risque de rester inscrit plus d'un an en tant que demandeur d'emploi auprès d'un office régional de placement augmentait avec l'âge.

À l'appui de ces allégués, la défenderesse a produit un article de Steven KAKON du 27 février 2025 intitulé « Les seniors face au difficile retour à l'emploi » et un document du Secrétariat d'État à l'économie intitulé « Indicateurs de la situation des travailleuses et travailleurs âgés sur le marché suisse du travail - documents de base pour la conférence nationale du 15 novembre 2021 ».

La défenderesse a ajouté que selon les certificats de salaire produits par la demanderesse, cette dernière avait toujours éprouvé de grandes difficultés à retrouver un emploi et à s'y maintenir, enchaînant des missions de courte durée ou des engagements excédant rarement une année. Chaque période d'activité était entrecoupée de longues périodes d'inactivité, s'étendant sur plusieurs mois, voire plusieurs années. La demanderesse n'exerçait pas une activité professionnelle régulière ni durable et ne démontrait pas la moyenne des salaires qu'elle avait perçus au cours de ces dernières années. Elle ne démontrait pas non plus qu'elle se serait inscrite au chômage entre deux périodes d'emploi ni les montants qu'elle avait perçus à ce titre. D'ailleurs, la demanderesse n'avait aucune intention de retravailler dans le secteur bancaire, qu'elle admettait elle-même ne plus supporter.

La demanderesse prétendait remplir la période minimale de cotisation de douze mois, mais ne produisait pas la moindre pièce ni justificatif en ce sens. En particulier, elle ne fournissait pas la moindre attestation de l'assurance-chômage ni le moindre relevé concernant ses périodes de cotisations. Elle ne pouvait pas se fonder sur son contrat de travail pour l'affirmer. Selon la lettre de résiliation [du 30 novembre 2023], compte tenu du délai de congé applicable, la fin des rapports

de travail devait intervenir au 31 décembre 2023. Ayant débuté son contrat au 1^{er} mars 2023, la durée effective des rapports de travail ne permettait pas d'atteindre la période minimale de cotisation au moment de la résiliation. Ce n'était qu'à la seule demande de la demanderesse que l'ancienne employeuse avait mentionné, dans la lettre de résiliation, qu'elle serait disposée à fixer la fin des rapports de travail au 28 février 2024. Cette demande était artificielle et visait exclusivement à créer de toutes pièces un droit aux indemnités de chômage qui n'existait manifestement pas selon les règles de l'assurance-chômage.

À cet égard, la défenderesse a requis l'audition de W_____ (directeur général de l'ancienne employeuse) et/ou X_____ (directeur général adjoint de cette dernière) - tous deux ayant signé la lettre de licenciement du 30 novembre 2023.

La demanderesse savait pertinemment qu'elle ne travaillerait pas jusqu'à la date formelle de la fin des rapports de travail artificiellement fixée. L'ancienne employeuse n'avait pas versé de salaire jusqu'au 28 février 2024 puisque la défenderesse avait pris le relais et versé des indemnités journalières à la demanderesse dès le 31 décembre 2023. D'un point de vue économique et réel, les rapports de travail avaient pris fin à cette dernière date, à la fin du délai de congé légal. À cette date, la période de cotisation était insuffisante pour ouvrir un droit aux indemnités de chômage. Même en tenant compte d'une éventuelle prolongation du contrat en raison de la période de protection liée à la maladie, soit un mois, les rapports de travail auraient pris fin au plus tard le 31 janvier 2024, ce qui demeurerait insuffisant pour atteindre la période minimale de cotisation.

La défenderesse a fait valoir que, dans la mesure où la demanderesse avait été licenciée avant la survenance de l'incapacité de travail invoquée, et que l'assurance perte de gain maladie avait été conclue sous la forme d'une assurance de dommage, il appartenait à la demanderesse d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que sans la maladie alléguée, elle aurait exercé une activité lucrative et qu'elle aurait bénéficié d'indemnités de l'assurance-chômage. Or, celle-ci n'apportait pas cette preuve. Il ressortait tant des statistiques produites que de son propre parcours professionnel que la demanderesse rencontrait déjà, avant la prétendue incapacité de travail, des difficultés importantes et structurelles de réinsertion professionnelle, caractérisées par des engagements de très courte durée, de longues périodes d'inactivité et l'absence d'une activité régulière et durable. À cela s'ajoutait qu'elle avait elle-même reconnu ne plus supporter le milieu bancaire et ne plus souhaiter y retravailler, excluant ainsi toute perspective réaliste de réengagement dans son domaine de compétence. De plus, elle était âgée de 60 ans, ce qui compromettait largement sa prise d'un nouvel emploi.

Quoi qu'il en soit, faute de remplir les conditions du droit à des indemnités de chômage, en particulier quant à la période de cotisation suffisante, la demanderesse n'aurait en aucun cas eu droit aux indemnités de chômage, indépendamment de la survenance de la maladie invoquée. Dans ces conditions, elle ne pouvait se prévaloir d'aucune perte de gain de remplacement. Elle échouait

également à démontrer qu'elle aurait retrouvé un emploi en l'absence de maladie, ni même qu'elle aurait entrepris des démarches sérieuses en ce sens. À supposer même, par impossible, qu'elle ait eu droit à des indemnités de chômage, elle n'en démontrait en tout état pas la quotité, ne produisant aucun calcul, aucune décision administrative ni aucune attestation de la caisse compétente.

La perte de salaire alléguée, dont la demanderesse ne prouvait pas la quotité, ne présentait ainsi aucun lien de causalité avec une incapacité de travail, mais résultait exclusivement de la cessation des rapports de travail, de son parcours professionnel antérieur et de l'absence de droit aux prestations de l'assurance-chômage. La défenderesse en a tiré la conclusion que, faute pour la demanderesse d'avoir établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une perte de gain imputable à la maladie, les conditions du droit aux indemnités journalières n'étaient pas remplies.

Pour le surplus, la demanderesse n'établissait pas, ni dans sa demande ni dans sa réplique, l'existence d'une incapacité de travail au degré de preuve stricte requis par la jurisprudence. Les certificats médicaux produits étaient contradictoires, lacunaires et dépourvus de toute évaluation fonctionnelle objective ou méthodologie probatoire structurée. Ils émanaient exclusivement de médecins traitants, de sorte qu'ils ne pouvaient se voir reconnaître une pleine valeur probante.

À titre subsidiaire, dans l'hypothèse où une indemnité journalière devait néanmoins être allouée à la demanderesse, il conviendrait d'en déduire l'intégralité des montants éventuellement perçus ou à percevoir de l'assurance-invalidité.

e. Le 30 mars 2026, la chambre de céans a tenu une audience de débats, lors de laquelle les parties ont persisté dans leurs écritures, conclusions et offres de preuves.

f. Par ordonnance de preuves du 1^{er} avril 2026, la chambre de céans a pris acte du fait que la défenderesse fournirait le décompte des indemnités journalières déjà versées à la demanderesse ainsi que le calcul desdites indemnités, renonçait à l'audition des médecins traitants de la demanderesse, ordonnait l'audition des témoins W_____ et X_____, respectivement directeur général et directeur général adjoint de l'ancienne employeuse, et réservait l'admission éventuelle d'autres moyens de preuve à un stade ultérieur de la procédure.

g. Le 22 avril 2026, la défenderesse a produit une écriture portant sur les indemnités journalières déjà versées à la demanderesse.

h. Le 8 juin 2026, la chambre de céans a entendu les témoins précités à l'audience d'enquêtes. S'en est suivie une audience de débats au cours de laquelle les parties ont maintenu leurs offres de preuves déjà formulées.

i. Par écriture du 11 juin 2026, la défenderesse a réitéré sa demande de production de tout document relatif à la procédure prud'homale introduite par la demanderesse à l'encontre de son ancienne employeuse, plus particulièrement la production de l'accord qu'elle avait trouvé avec cette dernière permettant de mettre fin à ce litige, et s'est réservé le droit d'invoquer l'existence de prétentions frauduleuses.

j. Par ordonnance de preuves du 16 juin 2026, la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique et neurologique de la demanderesse - que cette dernière avait sollicitée lors de l'audience du 30 mars 2026 -, et réservé l'admission éventuelle d'autres moyens de preuve à un stade ultérieur de la procédure.

k. Le 29 juin 2026, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une mission d'expertise aux docteurs Y_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Z_____, spécialiste en neurologie, et leur a octroyé un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation des experts et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.

l. Le 13 juillet 2026, la défenderesse a requis des questions complémentaires.

m. Le 15 juillet 2026, la demanderesse a acquiescé à la mission d'expertise.

EN DROIT

1.

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

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

Selon le chiffre 9.2 des conditions générales d'assurance, édition 01/2022 (ci-après : CGA), applicables à la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA.

La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Sauf disposition contraire du CPC, 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'occurrence, selon le chiffre 28 let. b des CGA, pour tout litige découlant du contrat, le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant droit aux prestations peut choisir comme for : Zurich, le domicile ou le siège social en Suisse ou au Liechtenstein, à l'exclusion de tout pays étranger, du preneur de l'assurance, de l'assuré ou de l'ayant droit. Selon le chiffre 28 let. c des CGA, l'assuré peut en outre choisir pour for son lieu de travail habituel.

La demanderesse, en sa qualité d'assurée, est domiciliée dans le canton de Vaud, mais elle travaillait dans le canton de Genève où se trouve le siège de son ancienne employeuse, qui est la preneuse d'assurance. Partant, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

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

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

- 2.** Le litige porte sur le droit éventuel de la demanderesse à des indemnités journalières au-delà du 31 juillet 2024, date à compter de laquelle la défenderesse a mis fin auxdites prestations.

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

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle en vigueur lors de la 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).

En l'occurrence, le contrat d'assurance a été conclu postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions de la LCA applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

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

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

Lorsque la partie est assistée d'un mandataire professionnel, le tribunal doit appliquer la maxime inquisitoire sociale avec retenue. S'il doit toujours attirer l'attention des parties sur les lacunes du dossier et les inviter à le compléter, il ne peut ordonner d'office des mesures d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 4A_522/2008 du 3 septembre 2009 in RSPC 2010 p. 12).

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

En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau

de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

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

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

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

des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale (ATF 130 III 321 consid. 3.4).

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

2.2.3 S'agissant d'une assurance de dommages, conformément à l'art. 8 CC, la personne assurée doit établir au degré de la vraisemblance prépondérante que son incapacité de travailler pour cause de maladie lui a causé une perte de gain, c'est-à-dire un dommage. Autrement dit, elle doit établir avec vraisemblance prépondérante que si elle n'était pas malade, elle exercerait une activité lucrative. Cela implique donc de se poser, dans chaque cas d'espèce, la question suivante : le travailleur exercerait-il ou non une activité lucrative s'il n'était pas malade ? Ce n'est en effet que dans l'affirmative que tant l'assurance d'indemnités journalières pour cause de maladie que l'assurance-chômage allouent des prestations. Il ressort de la jurisprudence qu'il faut distinguer deux cas de figure, en fonction du moment auquel intervient la résiliation du contrat de travail (signification du congé) :

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

Lorsqu'elle est en incapacité de travail, la personne qui exercerait une activité lucrative si elle n'était pas malade n'est pas apte au travail et ne peut donc pas percevoir de prestations de l'assurance-chômage. En revanche, puisqu'elle est malade, elle a droit aux prestations de l'assurance-maladie collective, calculées

sur la base des indemnités de l'assurance-chômage (arrêt du Tribunal fédéral 4A_417/2023 du 1^{er} octobre 2024 consid. 6.1).

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

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

Selon la jurisprudence, l'assuré ne peut se prévaloir d'un acte simulé pour en déduire des droits en matière d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral C.354/00 du 31 août 2001 consid. 2^e rendu en matière d'assurance-chômage).

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

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

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

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

En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa

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

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

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

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

3.

3.1 Selon la police d'assurance perte de salaire en cas de maladie, l'indemnité journalière (Variante A - assurance de dommage) s'élève à 90% du gain, du 31^e jour au 730^e jour.

Selon le chiffre 2 let. a des CGA, par maladie, au sens de l'assurance, il faut entendre toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

Selon le chiffre 6.1 1^{re} phrase des CGA, 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.

Selon le chiffre 7 let. a des CGA, est déterminant pour le calcul des prestations d'assurance le gain obtenu auprès de l'entreprise assurée.

Selon le chiffre 7 let. c des CGA, si la police consiste en une assurance contre les dommages, la personne assurée doit apporter la preuve du dommage occasionné par l'événement assuré. Le montant mentionné dans la police est applicable au maximum.

Selon le chiffre 8.1 let. a des CGA, relatif à l'assurance contre les dommages, [la défenderesse] paie le pourcentage convenu du gain assuré pendant la durée d'incapacité de travail prouvée et attestée médicalement, mais au plus tôt après l'expiration du délai d'attente indiqué dans la police.

Selon le chiffre 8.2 let. a (Variante A) des CGA, si la personne assurée ou l'ayant droit a également droit à des prestations de tiers, [la défenderesse] les complète à concurrence des prestations assurées dans le présent contrat en fonction du degré d'incapacité de travail/gain.

Par prestations de tiers, on entend entre autres les prestations d'assurances sociales et privées suisses et étrangères, des institutions de prévoyance de tout genre et des responsables civils. Les prestations issues d'assurances de sommes et les rentes vieillesse en sont exceptées.

Selon le chiffre 8.6 let. a (Variante A) des CGA, la durée des prestations est mentionnée dans la police. Elle est valable par cas de maladie. Lorsque le montant de l'indemnité journalière est réduit en raison de prestations de tiers, les jours pendant lesquels une prestation réduite est versée sont comptés en plein dans le calcul de la durée des prestations. Il en va de même pour les jours pour lesquels les prestations de tiers dépassent les prestations à verser aux termes de ce contrat.

Selon le chiffre 8.8 let a (Variante A) des CGA, une incapacité de travail / gain de moins de 25% ne donne droit à aucune prestation. Pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente, ces jours ne sont pas imputés.

3.2 En l'occurrence, contrairement à ce que prétend la défenderesse, il n'est pas établi que la lettre de congé du 30 novembre 2023 simulait la poursuite des rapports de travail jusqu'au 29 février 2024 dans le but de permettre de percevoir des indemnités de chômage dès le 1^{er} mars 2024. En effet, les témoins W_____ et X_____, respectivement directeur général et directeur général adjoint de l'ancienne employeuse, entendus lors de l'audience d'enquêtes du 8 juin 2026, ont confirmé qu'il était convenu que la demanderesse exerce une activité effective jusqu'à la fin des rapports contractuels le 29 février 2024. En d'autres termes, les rapports de travail jusqu'à cette dernière date n'étaient pas fictifs.

3.3 Cela étant précisé, sur le plan médical, dans un rapport du 27 mars 2024, la Dre C_____, médecin généraliste traitante, a posé les diagnostics, en relation

avec l'arrêt de travail depuis le 1^{er} décembre 2023, de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et anxieuse (ce qu'elle a réitéré dans son rapport du 3 juin 2024) et de radiculopathie C6 G d'origine compressive, algique et déficitaire sur le plan sensitif. Contrairement à ce qu'affirme la défenderesse, la médecin traitante n'a pas d'emblée attesté dans ce rapport d'une capacité de travail totale dans la même activité auprès d'un autre employeur. Elle a indiqué que le pronostic dépendait de l'évolution médicale et que la capacité de travail serait probablement de 100% dans l'activité habituelle sur un autre lieu de travail dans les prochains mois, sans préciser toutefois la date exacte.

Dans un rapport du 3 septembre 2024, la médecin généraliste traitante a retenu, cette fois-ci, avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, depuis décembre 2023, ainsi qu'une uncodiscarthrose C5-C6 et C6-C7 (corroborée par une IRM de la colonne cervicale du 25 octobre 2023) avec irradiation C6. Elle a ajouté que les restrictions étaient les troubles de la concentration et les troubles thymiques et que la réponse à la question de savoir si l'activité habituelle était exigible dépendait de l'évolution de la situation médicale.

Dans un rapport du 30 décembre 2024, les Drs H_____ et I_____, psychiatres traitants, ont posé le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) depuis le 29 février 2024. Ils ont ajouté que la demanderesse présentait des limitations cognitives (trouble de la concentration et de la mémoire) avec un impact significatif sur son activité quotidienne et professionnelle.

Dans un rapport du 15 janvier 2025, les psychiatres traitants ont évoqué le même diagnostic, à savoir un épisode dépressif sévère, dans un contexte de dépression récurrente, avec une composante anxieuse importante en lien avec le licenciement et les pertes familiales. Ils ont mentionné que la demanderesse présentait des troubles mnésiques et de concentration, rendant difficile son retour au travail.

Dans un courriel du 7 mai 2025, la psychiatre traitante a fait état d'une fatigabilité importante, d'une anxiété invalidante, de troubles de la concentration et d'une perte de confiance, tout en indiquant que la récupération était partielle à ce jour, sans toutefois préciser depuis quand et à quel taux.

Dans un rapport du 23 juillet 2025, les psychiatres traitants ont répété le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2). Ils ont énuméré les limitations fonctionnelles suivantes : une diminution importante de la capacité de concentration et d'organisation, un retrait social marqué, une hypersensibilité émotionnelle, des troubles du sommeil et une baisse d'initiative et d'autonomie. Ils ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle depuis le 1^{er} décembre 2023.

Sous l'angle neurologique, dans un rapport du 30 janvier 2024 relatif à une consultation du 26 janvier écoulé, la neurologue traitante a retenu le diagnostic de

radiculopathie C6 G d'origine compressive, algique et déficitaire sur le plan sensitif, sans mentionner si cette atteinte est incapacitante ou pas.

Dans un rapport du 17 juillet 2025 relatif à une consultation du même jour, la neurologue traitante a diagnostiqué une radiculopathie C6 G douloureuse et déficitaire sur le plan sensitif et une possible atteinte radiculaire L5 ou S1 G, sans préciser l'éventuelle incidence sur la capacité de travail de l'assurée.

Dans un rapport du 6 octobre 2025, la neurologue traitante a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de cervicobrachialgies G avec atteinte radiculaire sensitive déficitaire C5 ou C6 G depuis l'automne 2023. Elle estimait que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle était de 50% avec une diminution de rendement de 30% en raison des pauses nécessaires pour soulager les douleurs, sans expliquer de manière circonstanciée les motifs pour lesquels elle retenait un taux d'activité de base de 50%. De plus, aucune incapacité de travail n'est attestée sur le plan neurologique dans le courant de l'automne 2023.

De son côté, la médecin-conseil de la défenderesse, qui n'a pas procédé à l'examen clinique de l'assurée, ne s'est pas prononcée sur l'incidence éventuelle des atteintes neurologiques sur la capacité de travail de l'assurée dans ses appréciations des 6 juin 2024, 2 novembre 2024 et 8 février 2025. Elle s'est uniquement déterminée sur le volet psychique, en considérant que l'assurée était pleinement apte à travailler auprès d'un autre employeur, au motif principal qu'un trouble de l'adaptation est une atteinte non durable. Or, elle n'a pas discuté les diagnostics posés par les psychiatres du centre G_____ au regard notamment des constatations objectives que ces derniers ont mises en évidence et du traitement médical suivi. Elle n'a pas non plus expliqué si le *status* clinique observé justifiait la reconnaissance de la perte de la capacité de travail invoquée.

3.4 Au vu de ce qui précède, la chambre de céans constate qu'il existe des divergences médicales en ce qui concerne tant les diagnostics médicaux que leurs effets sur la capacité de travail de la demanderesse, au fil du temps. Les avis des médecins traitants et de la médecin-conseil se contredisent sans que l'un n'apparaisse clairement plus convaincant que l'autre. Dans ces circonstances, il y a lieu d'ordonner une expertise psychiatrique et neurologique judiciaire.

Les Drs Y_____ et Z_____ ont été proposés aux parties comme experts. Aucun motif de récusation n'a été soulevé à l'encontre de ces derniers, de sorte que l'expertise leur sera confiée. Ils auront pour mission de déterminer si, à compter du 1^{er} août 2024, la demanderesse présentait un ou plusieurs troubles à sa santé ayant une incidence sur sa capacité de travail.

3.5 En vertu de l'art. 184 al. 1 CPC, l'expert est exhorté à répondre conformément à la vérité et doit déposer son rapport dans le délai prescrit.

Aux termes de l'art. 184 al. 2 CPC, le tribunal rend l'expert attentif aux conséquences pénales d'un faux rapport au sens de l'art. 307 du Code pénal suisse

du 21 décembre 1937 (CP - RS 311.0) et de la violation du secret de fonction au sens de l'art. 320 CP ainsi qu'aux conséquences d'un défaut ou d'une exécution lacunaire du mandat.

En application de cette disposition, il y a ainsi lieu de rappeler ce qui suit.

L'art. 307 CP prévoit que quiconque, étant témoin, expert, traducteur ou interprète en justice, fait une déposition fausse sur les faits de la cause, fournit un constat ou un rapport faux, ou fait une traduction fausse est puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire (al. 1). L'auteur est puni d'une peine pécuniaire si la fausse déclaration a trait à des faits qui ne peuvent exercer aucune influence sur la décision du juge (al. 3).

Selon l'art. 320 CP, quiconque révèle un secret à lui confié en sa qualité de membre d'une autorité ou de fonctionnaire, ou dont il a eu connaissance à raison de sa charge ou de son emploi ou en tant qu'auxiliaire d'une autorité ou d'un fonctionnaire, est puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire. La révélation demeure punissable alors même que la charge ou l'emploi ou l'activité auxiliaire a pris fin (al. 1). La révélation n'est pas punissable si elle est faite avec le consentement écrit de l'autorité supérieure (al. 2).

Enfin, l'art. 188 CPC prévoit que le tribunal peut révoquer l'expert et pourvoir à son remplacement lorsque celui-ci n'a pas déposé son rapport dans le délai prescrit (al. 1). Il peut, à la demande d'une partie ou d'office, faire compléter ou expliquer un rapport lacunaire, peu clair ou insuffisamment motivé, ou faire appel à un autre expert (al. 2).

3.6 S'agissant des questions complémentaires requises par la défenderesse, il convient de relever ce qui suit :

L'expert psychiatre est invité, si nécessaire à prendre des renseignements auprès des médecins-traitants. S'il l'estime utile, il pourra requérir des renseignements auprès de tout autre médecin dont la Dre D_____. Le nom de celle-ci n'a toutefois pas à être ajouté au point B de la mission qui ne mentionne que les noms des médecins-traitants.

Les questions Xa à Xd et D10c et F6c proposées par la défenderesse ne seront pas ajoutées à la mission. L'appréciation rétroactive de la capacité de travail d'un assuré fait en effet partie des tâches qui sont régulièrement attendues d'un expert, lequel dispose de toutes les qualifications pour effectuer cette évaluation notamment s'agissant d'une expertise psychiatrique à l'aide des lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_532/2015). Les questions 10c et 6b de la mission d'expertise exigent de chaque expert qu'il date la survenance de l'incapacité de travail et les questions 10c et 6a qu'il apprécie en particulier la période au-delà du 31 juillet 2024. L'expert, ce faisant, devra motiver son appréciation, notamment en se référant aux rapports médicaux au dossier, laquelle sera ensuite appréciée par la juridiction de

céans selon les critères pertinents pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport d'expertise judiciaire. L'ajout des questions précitées n'est ainsi pas pertinente.

Dans ce contexte, la méthodologie utilisée n'a pas non plus à être spécifiée par l'expert (questions proposées par la défenderesse D4a et F4a).

S'agissant des instruments cliniques, échelles, tests ou entretiens structurés, l'expert se doit de les mentionner s'il les utilise dans son évaluation (questions proposées par la défenderesse D4e, Ya, Za et F7a), de sorte qu'il sera renoncé à cet ajout.

S'agissant de la procédure probatoire structurée, les indicateurs jurisprudentiels qui s'y rapportent figurent déjà aux questions 4d, e et 6 à 9 de la mission d'expertise (questions proposées par la défenderesse Ya et 11a).

S'agissant des propositions des questions Yb et Yc, une question 4f sera ajoutée à la mission d'expertise comme suit :

Si vous concluez à une atteinte psychique dès décembre 2023, celle-ci est-elle un nouveau trouble ou une réaction/récidive d'un trouble antérieur ? Cas échéant à quelle date le trouble antérieur est-il survenu ?

La question D5 n'a pas à être modifiée dès lors qu'elle est suffisamment ouverte. Concernant les questions suggérées aux points 10d, 10e et 10f, la questions 10c de la mission d'expertise sera complétée dans le sens que l'appréciation de la capacité de travail devra être effectuée pour l'activité habituelle et pour une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, étant par ailleurs précisé que la question 10a comprend déjà la question des conséquences des diagnostics sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

La question proposée au point 10g n'est pas pertinente, l'expert étant amené à se déterminer sur l'existence d'une atteinte à la santé (selon l'art. 6.1 des CGA) par le biais de la pose de diagnostics (question D4 de la mission d'expertise).

S'agissant des questions proposées par la défenderesse 11b, 11c et 11d, une question 11b sera ajoutée à la mission d'expertise comme suit :

En particulier, l'évolution des diagnostics posés par la Dre C_____ est-elle convaincante ?

S'agissant de la question proposée par la défenderesse Zb, une question F4 sera ajoutée à la mission d'expertise comme suit :

Si vous concluez à une atteinte dès décembre 2023, celle-ci est-elle un nouveau trouble ou une réaction/récidive d'un trouble antérieur, cas échéant survenu à quelle date ?

La question ZZ est inutile, les experts ayant déjà pour mission de motiver une éventuelle incapacité de travail au-delà du 31 juillet 2024.

Les questions 7c à 7e, ne sont pas non plus pertinentes, la question 7 de la mission d'expertise comprenant déjà l'obligation pour l'expert de motiver sa position en regard des appréciations des Drs C_____ et J_____.

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

Statuant préparatoirement

- I. Ordonne une expertise judiciaire de A_____. Commet à ces fins les docteurs Y_____ et Z_____.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier les Drs C_____, F_____, H_____, I_____ et J_____.
- C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Charge le Dr Y_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :
 - 1. Quelle est l'anamnèse détaillée ?
 - 2. Quelles sont les plaintes de la personne expertisée ?
 - 3. Quelles sont vos constatations objectives ?
 - 4. Quels sont les diagnostics (selon un système de classification reconnu)

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).

- a. Avec répercussion sur la capacité de travail ?

Veuillez préciser les dates d'apparition

- b. Sans répercussion sur la capacité de travail ?

Veuillez préciser les dates d'apparition

- c. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

- d. Y a-t-il exagération des symptômes ?

- e. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

- f. Si vous concluez à une atteinte physique dès décembre 2023, celle-ci est-elle un nouveau trouble ou la réactivation/récidive d'un trouble antérieur ? Cas échéant à quelle date le trouble antérieur est-il survenu ?

- 5. Quelles sont les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic ?

Veillez préciser les dates d'apparition

6. Est-ce que le tableau clinique est cohérent ? Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
 7. Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité ? Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de la personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?
 8. Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée ? Quel était le contexte social ? La personne expertisée pouvait-elle compter sur le soutien de ses proches durant la période considérée ?
 9. Le traitement médical est-il adéquat au niveau psychiatrique ? Quelle est la compliance ?
 10. Capacité de travail
 - a. Mentionner les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de la personne expertisée, en pourcent :
 - dans l'activité habituelle ;
 - dans une activité adaptée.
 - b. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.
 - c. Veillez en particulier apprécier la capacité de travail de la personne expertisée durant la période au-delà du 31 juillet 2024 dans son activité habituelle et dans une activité adaptée.
 11. Commenter et discuter les rapports des Drs C_____, F_____, H_____ et I_____.
 - a. Veillez indiquer pour quelles raisons leurs appréciations portant sur les diagnostics, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de la personne expertisée sont confirmées ou écartées.
 - b. En particulier l'évolution des diagnostics posés par la Dre C_____, est-elle convaincante ?
 12. Faire toute remarque utile.
- E. Invite le Dr Y_____ à faire une appréciation consensuelle du cas avec le Dr Z_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle et l'éventuelle baisse de rendement.

F. Charge le Dr Z_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Quelle est l'anamnèse détaillée ?
2. Quelles sont les plaintes de la personne expertisée ?
3. Quelles sont vos constatations objectives ?
4. Quels sont les diagnostics (selon un système de classification reconnu) ?

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).

a. Avec répercussion sur la capacité de travail ?

Veillez préciser les dates d'apparition

b. Sans répercussion sur la capacité de travail ?

Veillez préciser les dates d'apparition

c. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

d. Les plaintes sont-elles objectivées ?

e. Y a-t-il exagération des symptômes ?

f. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

g. Si vous concluez à une atteinte dès décembre 2023, celle-ci est-elle un nouveau trouble ou la réaction/récidive d'un trouble antérieur, cas échéant survenu à quelle date ?

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic ?

Veillez préciser les dates d'apparition

6. Capacité de travail

a. Mentionner les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de la personne expertisée, en pourcent :

- dans l'activité habituelle ;
- dans une activité adaptée.

b. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

c. Veillez en particulier apprécier la capacité de travail de la personne expertisée durant la période au-delà du 31 juillet 2024.

7. Commenter et discuter les rapports des Dres C_____ et J_____.

Veillez indiquer pour quelles raisons leurs appréciations portant sur les diagnostics, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de la personne expertisée sont confirmées ou écartées.

8. Faire toute remarque utile.
- G. Invite le Dr Z_____ à faire une appréciation consensuelle du cas avec le Dr Y_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle et l'éventuelle baisse de rendement.
- II. Invite les experts à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
- III. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Janeth WEPF

Valérie MONTANI

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le