RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2880/2021 **ATAS/1010/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 novembre 2022

1ère Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, ANNEMASSE, FRANCE demanderesse

contre

AXA ASSURANCES SA, sise General Guisan-Strasse 40, WITERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Patrick MOSER défendeur

Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, Présidente; et Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE , Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : la demanderesse), née le _____ 1988, a été engagée en tant que vendeuse par la société B_____ le 5 mars 2021, pour une durée déterminée de trois mois, soit jusqu'au 31 mai 2021. Elle a été de ce fait assurée dans le cadre d'une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA) auprès d'Axa Assurances SA (ci-après : l'assureur).

Le contrat d'assurance soumis à la LCA prévoit notamment le versement d'indemnités journalières maladie correspondant à 80% du salaire assuré durant 730 jours avec un délai d'attente de 30 jours.

B. **a.** Le 13 avril 2021, le docteur C_____ a certifié que l'état de santé de la demanderesse nécessitait un arrêt de travail à 100 % jusqu'au 14 avril 2021 inclus.

b. Dans son rapport médical du 14 avril 2021, le docteur D_____ a relevé une plainte initiale de toux et des symptômes de rhinite allergique avec hyper-réactivité bronchique ainsi qu'une incapacité de travail à 100 % du 14 avril au 24 avril 2021 inclus.

c. Dans son rapport médical du 26 avril 2021, la doctoresse E_____ a constaté, sur la base d'un diagnostic somatique de rhinoconjonctivite allergique avec hyperréactivité bronchique et des lésions cutanées d'eczéma des membres supérieurs, une amélioration des symptômes somatiques grâce au traitement et une persistance des lésions d'eczéma au niveau des membres supérieurs, l'auscultation cardiopulmonaire étant sans particularité. Sur le plan psychique, elle a retenu un syndrome anxieux secondaire à l'environnement professionnel actuel de la patiente, avec des crises d'angoisse et une baisse d'estime de soi. Elle a prescrit un traitement par anxiolytiques et prolongé l'incapacité totale de travail du 26 avril au 12 mai 2021 inclus. La capacité de travail devait être réévaluée le 12 mai 2021, avec un bon pronostic pour une pleine capacité dans le courant de mai ou juin 2021.

d. Dans son rapport d'évaluation du dossier du 11 mai 2021, le docteur F_____, titulaire d'un FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin conseil pour la défenderesse, a constaté qu'il n'y avait pas de diagnostic, à tout le moins de diagnostic clair, justifiant l'incapacité de travail. Le caractère diffus, aspécifique et contextuel des manifestations émotionnelles évoquées ne justifiaient pas une incapacité de travail sur le plan psychiatrique et l'empêchement de travailler s'expliquait par des facteurs non médicaux, avec allégation claire de son lien avec la place de travail.

Dans ce même rapport, le docteur G_____, titulaire d'un FMH en médecine interne et médecin conseil pour la défenderesse, a relevé qu'une rhinoconjonctivite n'était habituellement pas à l'origine d'une incapacité de

travail et qu'il n'y avait pas véritablement eu d'asthme. Sur le plan somatique, il était donc difficile de reconnaitre une incapacité de travail même ponctuelle, ce d'autant qu'elle était aisément corrigible avec un antihistaminique voire des corticoïdes et que la météo rendait invraisemblable la poursuite de la symptomatologie.

e. Par certificat médical du 12 mai 2021, la Dresse E_____ a prolongé l'arrêt de travail de la demanderesse jusqu'au 31 mai 2021 inclus.

f. Par courrier du 12 mai 2021 à la demanderesse, l'assurance l'a informée que son service de conseil médical avait examiné le dossier et était d'avis que l'état clinique constaté ne justifiait pas d'incapacité de travail.

g. Par courrier du 18 mai 2021, l'employeur de la demanderesse, faisant suite au courrier de l'assurance du 12 mai 2021, l'a invitée soit à convenir de la date de reprise de son poste jusqu'à la fin de son contrat à durée déterminée, soit, si elle ne souhaitait pas reprendre son poste, prendre notamment note qu'elle n'avait aucun droit au salaire à compter du 13 avril 2021.

h. Dans son rapport du 2 juin 2021, la Dresse E_____ a exprimé son désaccord avec la décision de l'assurance de refuser les indemnités journalières en faveur de sa patiente concernant son incapacité de travail du 13 avril au 31 mai 2021 inclus. Elle n'avait pas pu constater d'hyperréactivité bronchique, mais sa patiente avait décrit plusieurs crises avec difficultés respiratoires qui avaient été améliorées par la prise de bêta 2 mimétiques, qui n'était pas nécessaire pour une simple rhinoconjonctivite allergique. Les crises et les poussées d'eczéma pouvaient être des manifestations somatiques déclenchées par une situation de stress émotionnel. Les situations de maltraitance, d'humiliation ou de harcèlement n'avaient pas besoin de se prolonger sur de longues durées pour avoir des répercussions dévastatrices sur la psyché d'un individu. L'incapacité de travail de sa patiente était majoritairement d'ordre psychique en lien avec une souffrance psychologique et morale avec des manifestations psychiques (anxiété) et des manifestations somatiques (hyperréactivité bronchique et eczéma).

i. Dans son rapport du 9 juin 2021, le Dr F_____ a relevé qu'une problématique liée au poste de travail avait été clairement identifiée et reconnue par l'assurée, ce qui était un facteur non médical, et que cette dernière envisageait de reprendre son poste sous condition de ne pas retravailler avec une personne en particulier, illustrant la géométrie variable des limitations ou le caractère non uniforme de l'atteinte, et sa réversibilité par des mesures non médicales. Aucune pathologie psychiatrique ne justifiait donc l'empêchement de travailler, mais éventuellement une inaptitude au poste de travail qui n'était pas du ressort de l'assureur perte de gain. Il maintenait donc ses conclusions sur le plan psychiatrique.

j. Par courrier du 10 juin 2021 à la demanderesse, l'assurance a maintenu sa position du 12 mai 2021.

C. **a.** Le 12 juillet 2021, la demanderesse a déposé une demande en paiement auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) concluant à ce que l'assureur soit condamné à lui verser les indemnités journalières correspondant à son arrêt de travail du 13 avril au 31 mai 2021, soit CHF 5'460.- brut, ainsi que la part correspondant au 13ème salaire, sur une base salariale mensuelle de CHF 3'900.- brut. Préalablement, elle a sollicité son audition et celle de la Dresse E_____, ainsi que la production du dossier de l'assurance.

Elle a expliqué qu'elle avait eu une grosse crise d'allergie aux pollens et avait dû être mise en arrêt le 13 avril 2021, ne pouvant pas être en relation avec la clientèle et servir dans son état. Le médecin de SOS Médecins, qui s'était déplacé à son domicile en l'absence de son médecin traitant, lui avait prescrit un traitement pour calmer les allergies liées au pollen et pour l'exéma car il avait constaté qu'elle commençait à en avoir sur les avant-bras, et un arrêt pour deux jours, étant donné que ses crises ne duraient en général que quelques jours. Dans la nuit du 13 au 14 avril 2021, elle avait eu une crise d'asthme et avait consulté les urgences à Thonon-les-Bains, où un nouveau traitement spécifique lui avait été prescrit et son arrêt de travail prolongé jusqu'au 24 avril 2021 inclus. L'eczéma s'était toutefois étendu sur ses pieds et ses mains avec des démangeaisons importantes. Son médecin traitant, la Dresse E_____, faisait le lien avec le stress qu'elle subissait au travail et a prolongé son arrêt jusqu'au 12 mai 2021. Informée de l'évolution de sa situation, l'assurance avait refusé de prendre en charge son arrêt maladie, du 13 avril au 31 mai 2021, au motif que son état clinique ne justifiait pas d'arrêt de travail. Or, son médecin traitant avait rédigé les comptes-rendus de visite, qu'elle avait transmis à l'assurance de même que tous ses arrêts maladie et les ordonnances rédigées. Elle avait contesté la décision du médecin-conseil de l'assurance le 12 mai 2021, en vain. Elle n'avait perçu aucun salaire de la part de son employeur pour la période d'arrêt ni aucune prise en charge de son arrêt maladie. Son contrat à durée déterminée n'avait pas été transformé en durée indéterminée, en raison de la situation, et elle était inscrite au chômage, ne pouvant reprendre une activité professionnelle en raison de son état de santé actuel. Elle souhaitait que son arrêt de travail soit reconnu.

b. Par courrier du 14 septembre 2021, elle a sollicité la tenue d'une audience de débats afin de procéder à l'audition des parties.

c. Dans sa réponse du 4 novembre 2021, la défenderesse a conclu au rejet de la demande, en se fondant sur le rapport du 11 mai 2021 des Drs F_____ et G_____, celui du 9 juin 2021 du Dr F_____, desquels il ressortait que l'état clinique de la demanderesse ne justifiait pas d'incapacité de travail. Pour le surplus, elle a rappelé le délai d'attente de 30 jours.

d. L'audience de débats initialement prévue le 4 avril 2022 a été reportée au 2 mai 2022 en raison de l'indisponibilité de la Dresse E_____.

e. Par courrier du 26 avril 2022, la Dresse E_____ a informé la chambre de céans de ce qu'elle ne se présenterait pas à l'audience, à la suite de la prise d'avis du conseil de l'ordre des médecins en France, dont elle dépendait, qui lui avait rappelé qu'elle était tenue par le secret médical du droit français, qui ne pouvait être levé dans le cas d'espèce, de sorte qu'elle ne pouvait témoigner.

f. À l'audience du 2 mai 2022 les parties ont indiqué qu'elles n'avaient pas d'autres offres de preuves à faire valoir.

La demanderesse a précisé qu'elle avait eu de l'eczéma sur les avant-bras, les doigts, les pieds et la voûte plantaire, qu'elle avait mis en lien avec la saison et le stress, et qui lui avait été impossible de supporter l'uniforme prévu qui incluait des chaussures fermées et des collants. Elle aurait également dû porter des gants, ce qui n'était pas agréable. Ses symptômes avaient disparu vers la mi-août 2021 et elle les mettait en lien avec le contexte compliqué qu'elle rencontrait au travail, particulièrement avec son altercation avec la directrice. Au début du mois de mai 2021, elle avait indiqué qu'elle pourrait être d'accord de reprendre une activité au magasin de Rive avec la manager avec laquelle elle s'entendait, mais on lui avait indiqué qu'elle irait à la boutique des Bergues, avec la directrice avec laquelle elle avait eu l'altercation. Craignant une nouvelle dispute, elle avait estimé qu'il n'était pas possible d'accepter. Pour le surplus, elle ne pouvait pas travailler dans l'alimentaire avec l'eczéma sur les mains qu'elle présentait à l'époque. Elle a rappelé qu'elle n'était pas sujette à des arrêts maladie, qu'elle était bien dans son travail avant l'altercation et ne comprenait pas pourquoi son arrêt n'avait pas été pris en compte alors que d'autres collègues avaient été pris en charge par l'assurance pour un état grippal d'une semaine. Elle s'était sentie agressée par la défenderesse alors qu'elle souhaitait uniquement faire valoir ses droits.

La défenderesse a relevé que les allergies dont avait souffert la demanderesse ne justifiaient pas une incapacité de travail d'un mois, ce d'autant que le traitement prescrit avait été tout à fait banal. Il ne s'agissait pas d'un cas de prise en charge par l'assurance, étant précisé que les preuves pour que la prestation soit délivrée n'avaient pas été apportées.

g. Par courrier du 3 mai 2022 la chambre de céans a informé les parties de ce qu'elle entendait poser des questions par écrit au médecin traitant de la demanderesse et les a invitées à lui faire parvenir une liste de questions.

h. Par courrier du 18 mai 2022, la défenderesse a requis la comparution du médecin traitant, doutant toutefois que son témoignage puisse être utile à la cause, au regard de ses constats écrits figurant déjà au dossier, notamment une auscultation cardiopulmonaire « sans particularité », une absence de constat « d'hyperactivité bronchique », les « manifestations psychiques » qu'elle mentionnait sortant manifestement de son domaine de spécialisation. Il pouvait donc être renoncé à lui poser des questions complémentaires.

i. En l'absence de questions de la demanderesse, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

Selon 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 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 une personne morale, le for est celui de son siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'occurrence, l'art. 33 des conditions générales d'assurance collective d'une indemnité journalière en cas de maladie selon la LCA édition du 1er septembre 2016, déclarées partie intégrante au contrat d'assurance applicable en l'espèce, prévoit notamment que, pour toutes les actions au sujet dudit contrat d'assurance, sont compétents au choix soit les tribunaux du domicile suisse de la personne assurée ou des ayants droit, soit ceux du siège de l'assureur.

L'art. 18 CPC prévoit par ailleurs que, sauf disposition contraire de la loi, le tribunal saisi est compétent lorsque le défendeur procède sans faire de réserve sur la compétence.

La demanderesse ayant son domicile en France voisine et la défenderesse son siège à Winterthur, mais ayant procédé à Genève sans faire de réserve de compétence, la chambre de céans est également compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

2. 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'employeur en tant que preneur d'assurance et la défenderesse en qualité d'assureur ont conclu un contrat collectif d'indemnité journalière selon la LCA. Par cette convention, le demandeur était couvert 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 l'assureur.

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/590/2021 du 9 juin 2021 consid. 2 ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011 consid. 3), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

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.

5.

5.1 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). En outre, la maxime inquisitoire sociale est applicable (art. 247 CPC al. 2 let. a CPC ; ATF 141 III 569 consid. 2.3.1).

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).

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).

5.2 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 et les références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

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

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

5.3 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).

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).

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).

La remise d'un certificat médical rétroactif n'est pas d'emblée caduque, mais n'est pas sans poser de problèmes. Un médecin ne peut en effet juger qu'avec une certitude limitée si la prétendue incapacité de travail existait déjà avant l'examen. Un tel certificat doit au moins contenir la date du début de l'incapacité de travail, sa date d'établissement, ainsi que la date du premier traitement. La durée de la rétroactivité du constat ne devrait pas être trop longue (arrêt du Tribunal administratif fédéral A-6410/2014 du 1er septembre 2015 consid. 4.3.4.2). Sur un plan scientifique, il est généralement possible au médecin de déterminer, surtout s'il s'agit de son propre patient, que trois ou quatre jours avant, voire plus selon les circonstances et la pathologie constatées, le travailleur était dans l'incapacité de fournir sa prestation. Le caractère rétroactif doit cependant inciter le juge à la prudence. S'agissant de maladies d'origine psychique, la précision avec laquelle il est possible de déterminer le moment exact où débute l'incapacité de travail décroît rapidement avec l'écoulement du temps, surtout lorsque seules les déclarations du patient fondent le diagnostic du médecin (Olivier SUBILIA/Jean-Louis DUC, Droit du travail, Lausanne 2010, p. 591).

6.

6.1 Selon les art. 245 et 246 CPC, la procédure simplifiée implique en principe la tenue d'une audience.

En présence d'une demande motivée, une audience de débats principaux doit être tenue en procédure simplifiée, la lettre française de l'art. 245 al. 2 CPC étant à cet égard imprécise (ATF 140 III 450 consid. 3.2) ; les parties peuvent toutefois validement renoncer à cette audience en application de l'art. 233 CPC (ATF 140 III 450 consid. 3.2). Cette renonciation n'est pas soumise à une forme particulière, et peut notamment être réalisée par actes concluants (ATF 140 III 450 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_308/2020 du 5 novembre 2020 consid. 3.1). Par ailleurs, une renonciation par actes concluants aux débats principaux doit être admise si les parties, représentées par des mandataires professionnels ou des collaborateurs de leur service juridique, ne requièrent pas expressément la tenue d'une audience de débats, après que la cour cantonale, dans le cadre de la procédure initiée par le dépôt de la demande, a recueilli les dernières observations des plaideurs (arrêt du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 2.1).

6.2 En l'espèce, la tenue d'une audience de débats a été sollicitée par la demanderesse et a eu lieu le 2 mai 2022.

La demanderesse avait requis l'audition de son médecin traitant, qui a été ordonnée. Ledit médecin a toutefois refusé de comparaitre au motif du secret médcial de droit français qui le lui interdisait.

6.3 Les parties ont ensuite été invitées à formuler les questions qu'elles souhaiteraient lui voir poser.

La demanderesse n'a pas déposé de liste dans le délai imparti, de sorte que la cause a été gardée à juger.

7. Le litige porte sur le droit de la demanderesse à percevoir des indemnités journalières du 13 avril au 31 mai 2021. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si la demanderesse présentait une incapacité de travail durant cette période.

8.

8.1 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).

8.2 En l'espèce, la police d'assurance prévoit une indemnité journalière en cas de maladie s'élevant à 80% du salaire assuré, versée pendant sept cent trente jours au maximum, sous déduction d'un délai d'attente de trente jours.

Selon l'art. D 1.1 des CGA, par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique subie par la personne assurée, qui est principalement imputable à des causes médicales, et qui n'est pas due à un accident, exige un examen ou un traitement médical, provoque une incapacité de travail.

Selon l'art. D2, 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 maladie.

À teneur de l'art. B 9.2 des CGA, l'indemnité journalière est allouée pleinement en cas d'incapacité de travail totale et proportionnellement au degré de cette incapacité, si elle est partielle, mais d'au moins 25%.

9. En l'espèce, l'assureur a refusé tout versement à la demanderesse pour la période du 13 avril au 31 mai 2021. Il est fondé sur les rapports de ses médecins conseils, les Drs F_____ et G_____, selon lesquels l'état de santé de l'assurée, que ce soit sur le plan physique que sur le plan psychique, ne justifiait pas une incapacité de travail et en conséquence une prise en charge par l'assurance perte de gain, postérieurement au délai d'attente de 30 jours. La demanderesse le conteste, sur la base des constats de son médecin traitant.

9.1 En l'occurrence, les rapports et attestations du médecin traitant de la demanderesse se résument à la transcription des symptômes qu'elle présentait ainsi que le traitement médicamenteux prescrit et à la fixation d'un arrêt de travail, sans expliquer en quoi les premiers influençaient le second.

Son audition par la chambre de céans, requise par la demanderesse, aurait peut-être permis de comprendre cette corrélation, du moins les fondements de son opinion, mais son refus de se présenter sous le couvert du secret médical dont son ordre ne l'aurait pas délié, ne l'a pas permis.

Des questions écrites n'ont pas non plus pu lui être posées, la demanderesse n'ayant pas déféré à l'invitation de la chambre de céans de déposer sa liste de questions, alors que son audition écrite avait été envisagée et qu'elle aurait pu lui permettre de démontrer sa position. Force est de constater que la demanderesse a renoncé à démontrer la position de son médecin.

9.2 A l'inverse, les rapports de médecins conseils de la défenderesse, basés sur les constats du médecin traitant de la demanderesse, analysent de manière circonstanciée les symptômes dont elle se plaignait et leur incidence sur sa capacité de travail.

Il en ressort non seulement que ses atteintes physiques – dont la persistance sur plus d'un mois posait question notamment au regard du contexte météorologique - pouvaient être traitées par une médication standard, mais également que son atteinte sur le plan psychique était circonstancielle, son acceptation de reprendre son poste dépendant de la personne avec laquelle elle interagirait sur son lieu de travail.

Selon les médecins conseil, ni l'une ni l'autre n'exerçait d'influence sur sa capacité de travail, à tout le moins une éventuelle incapacité en résultant dépasserait le champ d'application de l'assurance perte de gain.

Ce point de vue est convaincant ce d'autant que la demanderesse ne démontre pas pour quel motif elle ne pouvait pas se présenter à son poste, au-delà de son incapacité à porter l'uniforme requis. Or, si l'inconfort occasionné par le frottement des vêtements et/ou chaussures sur les parties irritées de sa peau peut être entendable, il ne saurait justifier à lui-seul une incapacité de travail, la demanderesse n'alléguant au demeurant ni que son employeur aurait refusé un aménagement temporaire des exigences de cet uniforme au regard de sa problématique dermatologique, ni même que le traitement médicamenteux qu'elle prenait n'était pas suffisant pour lui permettre de suivre les prescriptions vestimentaires de son employeur.

10. Aussi n'est-il pas établi, même au degré de la vraisemblance prépondérante, que la demanderesse, à laquelle incombait le fardeau de la preuve, était en incapacité de travail pour cause de maladie du 13 avril au 31 mai 2021. Partant, une des conditions indispensables à l'existence de sa prétention pécuniaire n'est pas remplie, étant rappelé le délai d'attente de trente jours prévu dans les conditions d'assurance.

La demande doit dès lors être rejetée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Maryline GATTUSO	Fabienne MICHON RIEBEN

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