



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3192/2024

ATAS/304/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 avril 2026

Chambre 6

En la cause

A _____

représentée par Me Andres PEREZ, avocat

demanderesse
principale et
défenderesse
reconventionnelle

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCE SA

représentée par Me Fabrice COLUCCIA, avocat

défenderesse
principale et
demanderesse
reconventionnelle

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Yda ARCE et Yves MABILLARD, juges
assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1965, a été engagée en qualité de psychologue par un centre de psychothérapie dans le canton de Genève (ci-après : l'employeur) à compter du 1^{er} janvier 2019.
- b.** À ce titre, elle était au bénéfice d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie conclue par son employeur auprès de ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCE SA (ci-après : l'assurance).
- B.** **a.** Dans un rapport du 22 mars 2021, la docteure B_____, spécialiste en anesthésiologie et en pharmacologie et toxicologie cliniques, a posé les diagnostics d'hémicrânie et douleurs faciales D, de cervico-brachialgies D > G et de douleurs du membre inférieur droit.
- b.** Dans un rapport du 31 janvier 2022, la Dre B_____ a mentionné que l'assurée se plaignait de pâleur, faiblesse musculaire surtout aux épaules et au membre supérieur droit, de sensations de pieds froids et de mort imminente ; ces symptômes étaient associés à une angoisse. Les douleurs étaient localisées au niveau cervical, aux épaules et aux genoux.
- c.** Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne cervicale effectuée le 21 mars 2022 a révélé une cervico-disco-uncarthrose sévère responsable d'un canal cervical étroit en C3-C4 ainsi qu'en C4-C5.
- d.** Par déclaration du 22 avril 2022, une incapacité de travail totale de l'assurée depuis le 24 mars 2022 a été annoncée à l'assurance.
- e.** Dans un rapport du 24 mai 2022, le docteur C_____, spécialiste en endocrinologie / diabétologie et en médecine interne générale, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent sans précision (F33.9) et d'hypothyroïdie sans précision (E03.9). L'incapacité de travail était totale depuis le 24 mars 2022. Le pronostic pour la reprise du travail était prévu à partir du 2 mai 2022 à 50%.
- f.** Dans un rapport du 10 août 2022, le Dr C_____ a indiqué que le diagnostic ayant des effets sur la capacité de travail de l'assurée était celui de dépression récurrente. À titre de comorbidités, il a fait état de douleurs chroniques et d'hypothyroïdie substituée.
- g.** Le 7 septembre 2022, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en invoquant une incapacité de travail totale du 24 mars au 1^{er} mai 2022 puis de 50% depuis le 2 mai 2022.
- h.** Dans un rapport du 16 septembre 2022, le docteur D_____, spécialiste en neurochirurgie, a posé les diagnostics de canal cervical étroit sévère C3-C6 et dans une moindre mesure en C6-C7 avec discopathie dégénérative et hypertrophie

du ligament jaune avec début de myélopathie clinique, sans myélopathie radiologique.

i. Dans un rapport du 11 novembre 2022, le Dr C_____ a relevé que les causes de l'incapacité de travail de l'assurée étaient : un surmenage (Z73.0), un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen (F33.1), autres spondylarthroses (M47.8), autres spondylarthroses avec radiculopathie (M47.2), une hypothyroïdie sans précision (E03.9), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), et autres affections du nerf facial (G51.8). L'incapacité de travail était de 50% depuis le 17 juillet 2022.

j. Le 13 décembre 2022, l'assurée a été licenciée avec effet au 28 février 2023.

k. Le 14 mars 2023, le docteur E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de l'assurance, a recommandé une évaluation psychiatrique de l'assurée.

l. Dans un rapport de polysomnographie du 2 août 2023, les docteurs F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G_____, médecin praticien, ont diagnostiqué un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil de degré modéré, et des mouvements périodiques des jambes.

m. L'assurance a confié une expertise au docteur H_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a examiné l'assurée le 6 juin 2023. Dans un rapport du 31 juillet 2023, l'expert n'a retenu aucune atteinte à la santé ayant valeur de maladie. La capacité de travail de l'assurée était de 100% dans toute activité sur le plan psychiatrique. Sur le plan somatique, l'expert recommandait d'interroger le médecin traitant, car des examens d'imagerie étaient prévus.

n. Par courrier du 25 août 2023, l'assurance a informé l'assurée qu'elle mettrait fin au versement des indemnités journalières avec effet au 1^{er} septembre 2023, dès lors que sa capacité de travail était entière le jour de l'expertise psychiatrique. Concernant le volet somatique, elle statuerait ultérieurement, le dossier étant en cours d'investigation.

o. Le 30 août 2023, le Dr C_____ a adressé à l'assurance son rapport du 8 décembre 2022 qu'il avait transmis à l'OAI, dans lequel il posait les diagnostics incapacitants suivants : épuisement, trouble dépressif, algies faciales sévères récurrentes, trouble somatoforme, cervicarthrose et trouble anxieux. Les limitations fonctionnelles étaient : la fatigue, les troubles de concentration, les changements de position fréquents et les difficultés de pouvoir réaliser des entretiens dans l'activité de psychologue. La capacité de travail de l'assurée était évaluée à 50% dans toute activité.

p. Par appréciation du 14 septembre 2023, le docteur I_____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de l'assurance, a conclu à l'absence de diagnostic avec impact sur la capacité de travail, en se référant au rapport d'expertise psychiatrique. Sur le plan somatique, il n'existait dans le dossier

aucun symptôme, constat clinique ou radiologique qui justifierait une incapacité de travail.

q. Par appréciation du 10 novembre 2023, le Dr I_____ s'est déterminé sur les derniers rapports médicaux qui lui avaient été soumis portant sur les atteintes somatiques de l'assurée et a maintenu ses précédentes conclusions.

r. Par courriel du 22 janvier 2024, l'assurance a confirmé à l'assurée qu'aucune prestation ne lui était due au-delà du 31 août 2023.

s. Les décomptes au dossier font état du versement d'indemnités journalières en faveur de l'assurée du 7 avril 2022 au 31 août 2023 pour une incapacité de travail de 100% ou 50% selon les périodes ; le montant de l'indemnité journalière était fixé à CHF 157.81.

t. Le Dr C_____ a établi :

- le 17 août 2023 un arrêt de travail à 100% pour la période du 1^{er} au 30 septembre 2023 ;
- le 12 octobre 2023 un arrêt de travail à 80% pour la période du 1^{er} au 31 octobre 2023 ;
- le 31 octobre 2023 un arrêt de travail à 80% pour la période du 1^{er} au 30 novembre 2023 ;
- le 8 décembre 2023 un arrêt de travail à 80% pour la période du 1^{er} au 31 décembre 2023 ; et
- le 19 août 2024 un arrêt de travail à 80% pour la période du 1^{er} janvier au 1^{er} septembre 2024.

C. a. Par acte du 30 septembre 2024, l'assurée, représentée par un avocat, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'une demande en paiement à l'encontre de l'assurance, en concluant, sous suite de frais et dépens, à la condamnation de celle-ci à lui payer la somme de CHF 50'941.07 à titre d'indemnités journalières pour la période du 1^{er} septembre 2023 au 30 septembre 2024, assortie d'intérêts moratoires à 5% l'an.

L'assurée a allégué présenter des douleurs chroniques au niveau cervical, facial et dans les membres, associées à une fatigue persistante, des troubles de concentration et des difficultés à maintenir une position assise prolongée, l'empêchant d'exercer son activité de psychologue.

Elle a reproché à la défenderesse de s'être fondée sur l'expertise psychiatrique pour mettre un terme aux prestations, sans avoir suffisamment instruit les atteintes somatiques, corroborées par les pièces médicales au dossier.

b. Par réponse du 18 décembre 2024, l'assurance a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande.

Elle a fait valoir que les rapports peu clairs du Dr C_____ n'emportaient pas la conviction, tant les diagnostics étaient incohérents sans que la réelle cause de l'incapacité de travail de l'assurée ne soit décelée. Les premiers certificats dudit médecin évoquaient le trouble dépressif récurrent à la base de l'incapacité de travail, les autres symptômes étant considérés comme des comorbidités n'interférant pas avec la capacité de travail. Le Dr E_____ avait également confirmé ce point, et l'expert psychiatre avait conclu à une pleine capacité de travail de l'assurée. Le Dr I_____ avait étudié les rapports médicaux en lien avec les atteintes somatiques et considéré qu'elles n'étaient pas incapacitantes. L'assurée échouait donc à établir ses prétentions.

À toutes fins utiles, l'assurance sollicitait l'audition des Drs E_____, H_____ et I_____.

c. Par réplique du 17 février 2025, l'assurée a persisté dans ses conclusions.

Si le Dr C_____ avait initialement retenu un trouble dépressif à titre d'atteinte incapacitante, les rapports ultérieurs mettaient en évidence des atteintes somatiques prédominantes, dont une cervicarthrose sévère, des douleurs faciales et cervicales persistantes ainsi qu'un syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil. Ces diagnostics n'étaient pas contradictoires. Ils constituaient une progression naturelle de l'évaluation médicale.

L'assurée a produit l'avis du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) du 28 janvier 2025, préconisant la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, neurologique, éventuellement neuropsychologique, rhumatologique et de médecine interne), ainsi qu'un courrier de l'OAI du 4 février 2025 donnant mandat d'établir cette expertise à la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR).

L'assurée en inférait que l'instruction effectuée par l'assurance était insuffisante et que celle-ci ne pouvait pas affirmer que les troubles somatiques n'étaient pas incapacitants.

Par ailleurs, l'assurée s'opposait à l'audition des Drs E_____, H_____ et I_____, dans la mesure où ils n'avaient pas instruit les atteintes somatiques.

d. Par duplique du 7 avril 2025, l'assurance a maintenu ses conclusions, tout en proposant la suspension de la procédure dans l'attente du rapport d'expertise de la CRR.

e. Le 22 avril 2025, l'assurée a accepté la suspension de la procédure, en relevant qu'elle avait séjourné à la CRR du 1^{er} au 3 avril 2025.

f. Par arrêt incident du 2 mai 2025 (ATAS/305/2025), la chambre de céans a suspendu l'instance jusqu'à réception du rapport d'expertise de la CRR.

g. Le 14 octobre 2025, l'assurée a communiqué à la chambre de céans :

- le rapport d'expertise (consensuelle) de la CRR du 20 mai 2025 - concluant à une capacité de travail de 80% dans toute activité sur le plan somatique depuis septembre 2022, date du dépôt de la demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), et, sur le plan psychique, à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais de 50% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} avril 2024 -, auquel étaient joints les rapports d'expertises psychiatrique et neurologique de la CRR des 4 avril 2025, ainsi que les rapports d'expertises rhumatologique et neuropsychologique de la CRR des 3 avril 2025 ;
- le projet de décision de l'OAI du 18 septembre 2025, par lequel ce dernier entendait lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2024.

h. Par ordonnance du 16 octobre 2025, la chambre de céans a ordonné la reprise de la procédure.

i. Le 14 novembre 2025, l'assurée a versé au dossier les rapports précités de la CRR ainsi qu'un rapport complémentaire de la CRR du 22 août 2025 dans lequel cette dernière se déterminait sur de nouvelles pièces médicales et retenait sur les plans somatique et psychiatrique, une capacité de travail de 100% dès le 23 mars 2022, de 80% depuis septembre 2022 (dans toute activité) et de 0% dans l'activité habituelle mais de 50% dans une activité adaptée à partir du 1^{er} avril 2024.

j. Dans ses observations du 18 décembre 2025, l'assurée a modifié ses conclusions, en ce sens qu'elle sollicitait le versement de la somme de CHF 26'701.45 à titre d'indemnités journalières pour la période du 1^{er} septembre 2023 au 22 mars 2024, assortie d'intérêts moratoires à 5% l'an, sous suite de frais et dépens.

Elle contestait l'évaluation effectuée par les experts de la CRR concernant son incapacité de travail du 23 avril (recte : mars) 2022 au 1^{er} avril 2024. Cette évaluation rétrospective, près de trois ans après les périodes concernées, s'écartait manifestement des constatations des médecins traitants qui l'avaient régulièrement suivie depuis le début de son incapacité de travail en mars 2022. L'assurance, en versant des indemnités journalières du 7 avril 2022 au 31 août 2023, avait reconnu *de facto* l'existence d'une incapacité de travail durant cette période et ne pouvait plus la remettre en cause, sous peine d'abus de droit.

L'assurée en déduisait que seule la question de l'incapacité de travail du 31 août 2023 au 1^{er} avril 2024 était litigieuse.

Dans ses certificats, le Dr C_____ retenait une incapacité de travail de 100% jusqu'au 30 septembre 2023, puis de 80% dès le 1^{er} octobre 2023. Ce médecin, qui suivait l'évolution de l'état de santé depuis janvier 2022, était à même d'apprécier concrètement l'impact des atteintes sur la capacité de travail au quotidien. Par ailleurs, dans son rapport du 8 décembre 2022, ce médecin faisait état de difficultés à pouvoir réaliser des entretiens dans l'activité de psychologue et attestait d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

Cela impliquait que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de psychologue était bien plus importante.

De plus, l'OAI, dans son projet de décision du 18 septembre 2025, reconnaissait une incapacité de gain complète malgré les conclusions de l'expertise de la CRR, en raison des contraintes liées aux limitations fonctionnelles, le nombre d'années restantes, et la charge que représenterait une reconversion professionnelle. La reconnaissance d'une incapacité de gain totale par l'OAI confirmait que les nombreuses limitations fonctionnelles retenues étaient d'une telle gravité qu'elles empêchaient concrètement toute mise à profit effective de la capacité résiduelle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Or, ces limitations fonctionnelles existaient déjà du 1^{er} septembre 2023 au 31 mars 2024, dans la mesure où les atteintes qui les fondaient étaient présentes et documentées depuis le début de l'incapacité de travail.

L'assurée en concluait qu'elle avait droit aux indemnités journalières du 1^{er} au 30 septembre 2023 à 100%, soit un montant de CHF 4'734.30 (30 jours × CHF 157.81), et du 1^{er} octobre 2023 au 22 mars 2024, date de l'épuisement du droit aux prestations, à 80%, soit un montant de CHF 21'967.15 (174 jours × CHF 157.81 × 80 /100). Le montant total s'élevait ainsi à CHF 26'701.45.

k. Dans sa détermination du 14 janvier 2026, l'assurance a conclu, sur demande principale, au rejet de cette dernière, et, sur demande reconventionnelle, à la restitution par l'assurée de la somme de CHF 16'653.- représentant les indemnités journalières versées indûment entre le mois d'octobre 2022 et le mois de mars 2023, avec intérêts à 5% l'an dès le 6 janvier 2023, échéance moyenne.

D'après le rapport d'expertise de la CRR, l'assurée présentait une incapacité de travail de 20% entre le mois de septembre 2022 et le mois d'avril 2024. Or, une incapacité de travail inférieure à 25% n'ouvrait pas le droit au versement d'une indemnité journalière conformément à l'art. 5.1 des conditions complémentaires pour l'assurance de l'indemnité journalière de maladie.

Selon la police d'assurance, la durée de la couverture d'assurance était limitée à 730 jours. Ce délai avait été atteint le 23 mars 2024. Quand bien même l'assurée aurait présenté une incapacité de travail totale dès le 1^{er} avril 2024, elle ne se trouvait plus dans la période de couverture, de sorte qu'aucune indemnité journalière n'était due pour la période postérieure au 1^{er} avril 2024.

l. Par écriture du 5 février 2026, l'assurée a conclu au rejet de la demande reconventionnelle.

Pour les motifs exposés dans sa précédente écriture, les conclusions de l'expertise de la CRR, sur lesquelles s'appuyait l'assurance pour exiger la restitution des prestations, étaient contestées.

La restitution des montants versés n'était possible qu'en cas de prétention frauduleuse. Or, aucun élément au dossier ne permettait d'établir que l'assurée

aurait dissimulé ou déclaré inexactement des faits qui auraient exclu ou restreint l'obligation de l'assurance. Son incapacité de travail avait été établie par divers rapports médicaux sur lesquels elle pouvait se baser de bonne foi. L'assurance disposait par conséquent de tous les éléments médicaux nécessaires pour apprécier l'état de santé de l'assurée et former sa propre opinion sur l'existence et l'étendue de l'incapacité de travail. C'était d'ailleurs sur la base de ces éléments qu'elle avait versé les indemnités journalières du 7 avril 2022 au 31 août 2023. Aucun élément au dossier ne permettait de démontrer que l'assurée aurait exagéré ses symptômes, dissimulé des informations susceptibles d'influencer l'appréciation de sa capacité de travail ou encore eu l'intention de tromper l'assurance dans le but de percevoir des prestations.

m. Par écriture du 23 février 2026, l'assurance a exposé que sa prétention se fondait sur les règles sur l'enrichissement illégitime. Lorsque l'assurée ne remplissait pas une condition essentielle prévue par les conditions générales d'assurance (par exemple, l'incapacité de travail requise), l'obligation de prester de l'assureur n'était jamais née. L'assurée s'était dès lors enrichie de manière illégitime et l'assurance appauvrie par erreur.

n. Copie de cette écriture a été transmise à l'assurée pour information.

EN DROIT

1.

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

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

Selon l'art. 1 let. c des conditions générales pour l'assurance maladie collective, édition 2008 (ci-après : CG), 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 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 l'art. 20 des CG, en cas de litiges, dans le cadre de l'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie souscrite par un employeur pour ses employés, leur lieu de travail en Suisse est reconnu comme for juridique.

L'assurée, en sa qualité d'employée, ayant travaillé dans le canton de Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande en paiement.

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 en paiement respecte les conditions formelles prescrites par les art. 130 et 244 CPC, ainsi que les autres conditions de recevabilité prévues par l'art. 59 CPC. Elle est donc recevable.

1.5 Selon l'art. 14 al. 1 CPC, une demande reconventionnelle peut être formée au for de l'action principale lorsqu'elle est dans une relation de connexité avec la demande principale.

Les conditions de recevabilité de la demande reconventionnelle sont celles de la demande (François BOHNET, *in* Bohnet et al. [éd.], Code de procédure civile commenté, 2011, n. 86 *ad* art. 59 CPC).

En l'occurrence, la recevabilité de la demande reconventionnelle tendant à la restitution de CHF 16'653.-, majorée d'un intérêt de 5% dès le 6 janvier 2023, doit être admise, puisqu'elle porte, comme la demande principale, sur les indemnités journalières versées pour l'incapacité de travail invoquée par l'assurée.

Par conséquent, la demande reconventionnelle sera déclarée recevable.

2. Le litige porte, d'une part, sur le droit éventuel de l'assurée à des indemnités journalières au-delà du 1^{er} septembre 2023, date à compter de laquelle l'assurance a mis fin auxdites prestations et, d'autre part, sur le droit éventuel de l'assurance de réclamer la restitution des indemnités journalières versées pour l'incapacité de travail d'octobre 2022 à mars 2023.
3. Sur le plan matériel, la LCA a fait l'objet d'une révision entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2020 4969 ; RO 2021 357).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle qui était en vigueur lors de réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de

dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

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

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

4. 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).

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

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

4.2 La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC - RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties

doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié ; 130 III 321 consid. 3.1 ; 129 III 18 consid. 2.6 ; 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (*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).

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).

4.3 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).

4.3.1 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 nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 17 mars 2023, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2025 (RO 2023 491), les titres sont des documents propres à prouver des faits pertinents, tels les écrits, les dessins, les plans, les photographies, les films, les enregistrements audio, les fichiers électroniques, les données analogues et les expertises privées des parties.

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

avaient été exclues non seulement en tant que type d'expertise mais de façon générale en tant que moyen de preuve. En contradiction avec une grande partie de la doctrine, cette jurisprudence avait fait l'objet de critiques (FF 2020 2607 p. 2659).

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

Selon l'art. 407f CPC, introduit par le ch. I de la LF du 17 mars 2023, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2025 (RO 2023 491), l'art. 177 CPC s'applique aux procédures en cours à l'entrée en vigueur de la modification du 17 mars 2023.

In casu, le rapport d'expertise psychiatrique du 31 juillet 2023, établi à la demande de l'assurance, constitue une expertise privée, qui est désormais un moyen de preuve considéré comme un titre au sens de l'art. 177 CPC, immédiatement applicable à la présente procédure (cf. JTPI/12657/2025 du 2 octobre 2025 consid. Eb ; JTPI/8014/2025 du 25 juin 2025 consid. 6.5).

4.3.2 Le juge civil peut ordonner l'apport d'une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une autre procédure. La valeur probante de telles expertises n'est pas remise en question du fait que le droit d'être entendu des parties au procès doit être garanti, lequel comprend outre une détermination sur le contenu de l'expertise (art. 187 al. 4 CPC) également la possibilité de s'exprimer sur la personne de l'expert (art. 183 al. 2 CPC) et de poser des questions complémentaires (art. 185 al. 2 CPC). Des expertises diligentées par des tiers sont ainsi tout aussi probantes que celles ordonnées par le juge civil, étant rappelé que leur force probante se détermine selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. ATF 140 III 24 consid. 3.3.1.3).

4.3.3 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 4A_424/2019 du 31 octobre 2019 consid. 3.1).

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

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

4.5 Aux termes de l'art. 40 LCA, si l'ayant droit ou son représentant, dans le but d'induire l'assureur en erreur, dissimule ou déclare inexactement des faits qui auraient exclu ou restreint l'obligation de l'assureur, ou si, dans le but d'induire l'entreprise d'assurance en erreur, il ne fait pas ou fait tardivement les

communications que lui impose l'art. 39 de la présente loi, l'entreprise d'assurance n'est pas liée par le contrat envers l'ayant droit.

L'art. 39 LCA prévoit quant à lui que, sur la demande de l'entreprise d'assurance, l'ayant droit doit lui fournir tout renseignement sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer les circonstances dans lesquelles le sinistre s'est produit ou à fixer les conséquences du sinistre (al. 1). Il peut être convenu que l'ayant droit devra produire des pièces déterminées, notamment des certificats médicaux, à condition qu'il lui soit possible de se les procurer sans grands frais (al. 1 ch. 2).

D'un point de vue objectif, la dissimulation ou la déclaration inexacte doit porter sur des faits qui sont propres à remettre en cause l'obligation même de l'assureur ou à influencer sur son étendue ; en d'autres termes, une communication correcte des faits conduirait l'assureur à verser une prestation moins importante, voire aucune (arrêt du Tribunal fédéral 4A_517/2024 du 2 juin 2025 consid. 4.3.2). Ainsi en est-il lorsque l'ayant droit déclare un dommage plus étendu qu'en réalité, par exemple lorsque l'atteinte à la santé n'est pas aussi grave qu'annoncée (arrêt du Tribunal fédéral 4A_534/2018 du 17 janvier 2019 consid. 3.1).

De plus, l'ayant droit doit, sur le plan subjectif, avoir l'intention de tromper. Il faut qu'il ait agi avec la conscience et la volonté d'induire l'assureur en erreur, afin d'obtenir une indemnisation plus élevée que celle à laquelle il a droit ; peu importe à cet égard qu'il soit parvenu à ses fins (arrêt du Tribunal fédéral 4A_517/2024 précité consid. 4.3.2).

L'exagération de l'état de santé remplit les conditions objectives de l'art. 40 LCA, tout comme le fait de ne pas annoncer une amélioration de cet état. À cet égard, il importe peu que les prestations de l'assurance soient versées sur la base de certificats d'incapacité de travail délivrés par des médecins et non directement en fonction des déclarations de l'assuré, les attestations des médecins étant fondées en grande partie sur les informations données par leurs patients (arrêt du Tribunal fédéral 4A_20/2018 du 29 mai 2018 consid. 3.1 et 3.2.1 et les références).

Lorsque les conditions de l'art. 40 LCA sont réunies, l'assureur peut refuser ses prestations (cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_534/2018 du 17 janvier 2019 consid. 3.3). Si la fraude est découverte postérieurement au versement effectif de la prestation, l'assureur pourra réclamer le remboursement de ce qu'il a versé conformément aux dispositions sur l'enrichissement illégitime des art. 62 ss CO (ATF 42 II 674 consid. 2a ; Alexandre GUYAZ, Commentaire romand de la loi sur le contrat d'assurance, 2022, n. 28 *ad* art. 40 LCA).

L'art. 40 LCA formule un moyen libératoire pour l'assureur, de sorte qu'il incombe à ce dernier de prouver les faits permettant l'application de cette disposition, laquelle est conçue pour l'hypothèse où l'ayant droit fait des déclarations mensongères relevant de l'escroquerie à l'assurance, en particulier pour le cas où il

déclare un dommage plus étendu que celui qui est survenu en réalité (arrêt du Tribunal fédéral 4A_671/2010 du 25 mars 2011 consid. 2.6 et les références).

Le degré de la preuve applicable à l'intention d'induire en erreur, qui incombe à l'assurance, est celui de la vraisemblance prépondérante. En revanche, l'assurance ne se trouve pas dans un état de nécessité pour ce qui est de la preuve, qu'il lui appartient d'établir, que l'assuré a présenté les faits de manière contraire à la vérité ; le degré de la preuve ordinaire, soit celui de la preuve stricte, est dès lors en principe applicable (ATF 148 III 134 consid. 3.4).

4.6 Aux termes de l'art. 62 CO, celui qui, sans cause légitime, s'est enrichi aux dépens d'autrui est tenu à restitution (al. 1). La restitution est due, en particulier, de ce qui a été reçu sans cause valable, en vertu d'une cause qui ne s'est pas réalisée ou d'une cause qui a cessé d'exister (al. 2).

Aux termes de l'art. 63 al. 1 CO, qui fonde un cas spécial d'application de l'art. 62 al. 1 CO, celui qui a payé volontairement ce qu'il ne devait pas ne peut le répéter s'il ne prouve qu'il a payé en croyant, par erreur, qu'il devait ce qu'il a payé. La voie légale pour obtenir la restitution d'un montant versé par erreur à un non-créancier est l'action en répétition de l'indu de l'art. 63 al. 1 CO dirigée contre celui-ci en tant que défendeur (arrêt du Tribunal fédéral 4A_533/2024 du 24 juin 2025 consid. 5.1 et les références).

5.

5.1 La police d'assurance prévoit une indemnité journalière en cas de maladie s'élevant à 80% du salaire assuré, pendant 730 jours au maximum, sous déduction d'un délai d'attente de quatorze jours.

Selon l'art. 1 des conditions complémentaires pour l'assurance de l'indemnité journalière de maladie, édition 2008 (ci-après : CC), applicables à la police d'assurance, sont assurées des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail par suite d'une maladie ayant pour conséquence une perte de gain.

Selon l'art. 2 ch. 1 des CC, est considérée comme cas de maladie chaque incapacité de travail consécutive à une maladie. Le cas débute avec le certificat médical attestant de l'incapacité de travail.

Selon l'art. 5 ch. 1 des CC, l'indemnité journalière se calcule en fonction du degré de l'incapacité de travail attesté médicalement. Une incapacité de travail de moins de 25% ne donne pas droit à l'indemnité journalière.

Selon l'art. 3 ch. 1 des CG, est réputée maladie 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 l'art. 3 ch. 4 des CG, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir tant dans sa profession actuelle que dans une autre profession ou 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de travail. De plus, il n'y a incapacité de travail que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

5.2 L'assurée requiert le versement d'indemnités journalières pour la période du 1^{er} septembre 2023 au 22 mars 2024, en se prévalant des certificats d'arrêt de travail et des rapports émis par le Dr C_____, son médecin traitant généraliste. De son côté, l'assurance conteste devoir prester, en se basant sur le rapport d'expertise du Dr H_____, expert psychiatre qu'elle a mandaté, les appréciations du Dr I_____, son médecin-conseil, ainsi que sur le rapport d'expertise de la CRR, établi à la demande de l'OAI.

Sur le plan médical, le rapport d'expertise du Dr H_____ du 31 juillet 2023 se fonde sur l'anamnèse et le résumé des pièces médicales au dossier (p. 2-4), sur les indications subjectives de l'assurée (p. 4-6, 8), sur des observations cliniques (p. 6-8), ainsi que sur l'appréciation du cas qui est bien motivée (p. 8-10).

Sur le fond, l'expert n'a retenu aucun diagnostic incapacitant sur le plan psychique le jour de l'expertise, le 6 juin 2023. L'assurée ne présentait pas une altération significative de l'humeur, de l'énergie ou des intérêts et plaisirs. En l'absence de ces trois symptômes cardinaux de la dépression, un diagnostic d'épisode dépressif, même léger, était exclu. Cela n'écartait pas la possibilité d'un certain degré de tristesse, de faible intensité, que l'assurée alléguait, mais qui, objectivement, ne remplissait pas les critères d'un diagnostic selon une classification reconnue. La symptomatologie psychiatrique de l'assurée n'était pas supérieure à ce qui était normalement attendu dans un contexte de licenciement (survenu près de trois mois avant l'expertise) et d'incertitude professionnelle. Les diagnostics de somatisation, trouble hypocondriaque ou syndrome douloureux somatoforme persistant étaient également exclus, à défaut de conviction d'être atteinte d'une maladie précise et grave, de sentiment de détresse ou d'idées délirantes. L'absence de souffrance apparente sur le plan non verbal lors de l'expression des plaintes somatiques ne parlait pas en faveur d'un état de détresse. Pour ces motifs, l'expert a conclu à pleine capacité de travail dans toute activité sur le plan psychique.

En ce qui concerne l'expertise réalisée à la CRR, sur le plan psychiatrique, la docteure J_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi son rapport du 4 avril 2025 en pleine connaissance du dossier. Celui-ci s'appuie en effet sur l'anamnèse, le résumé des pièces médicales, les indications subjectives de l'assurée (p. 1-8), sur des observations cliniques effectuées le 2 avril 2025 (p. 8-9), ainsi que sur l'appréciation du cas qui est bien motivée (p. 10-14).

Sur le fond, la Dre J_____ a retenu, sur la base des rapports du psychiatre traitant qui suivait l'assurée depuis le 31 août 2023, le diagnostic d'épisode dépressif

moyen sans syndrome somatique (F32.10) depuis avril 2024, compte tenu d'une humeur abaissée, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir, d'un sentiment de dévalorisation, et d'une attitude pessimiste face à l'avenir. L'experte a également posé le diagnostic de trouble panique, d'intensité moyenne (F41.0), car depuis le mois d'avril 2024, l'assurée souffrait de crises d'angoisse sévères se manifestant par une impression de mourir, une dyspnée, des palpitations et des sudations. Ces crises duraient entre dix et 20 minutes et survenaient de façon imprévisible dans des situations n'impliquant pas de danger réel. Grâce au traitement médicamenteux, sa symptomatologie dépressive et anxieuse s'était très légèrement améliorée. L'experte relevait par ailleurs que le diagnostic de fibromyalgie posé par l'expert rhumatologue de la CRR (*cf. infra*) qui expliquait les symptômes douloureux de l'assurée excluait *de facto* le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant retenu par l'endocrinologue traitante. En revanche, l'assurée ne présentait pas un trouble de la personnalité. L'experte en a conclu que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle de psychologue depuis le 1^{er} avril 2024, mais de 50% à compter de cette même date dans une activité adaptée (simple, routinière, sans effort mental soutenu, dans un environnement bienveillant et structurant, peu de stress, peu d'endurance, peu de rapidité, sans adaptation permanente, avec la possibilité d'arrêter la tâche en cas d'attaque de panique).

Sur le plan neurologique, le rapport d'expertise de la CRR du 4 avril 2025, établi par la docteure K_____, spécialiste en neurologie, repose sur les pièces médicales du dossier, y compris les résultats d'imagerie (p. 2-7, 11), sur l'anamnèse et les plaintes de l'assurée (p. 7-10), l'examen clinique du 1^{er} avril 2025 (p. 10-11) et l'évaluation circonstanciée du cas (p. 12-16).

Sur le fond, l'experte a posé les diagnostics de céphalées de tension quotidiennes chroniques d'origine mixte avec composante cervicogène, de cervicalgies sans argument clinique ni radiologique en faveur d'une myélopathie et sans atteinte radiculaire, de discopathie cervicale étagée C3-C4, C4-C5 et C5-C6 avec sténose du canal cervical sévère C3-C4 et C4-C5 sans signe radiologique de myélopathie, de paralysie faciale périphérique droite vraisemblablement idiopathique et de méningiome frontal droit, asymptomatique.

L'experte en a conclu que la capacité de travail de l'assurée était de 80% dans toute activité, la diminution de rendement de 20% était liée aux douleurs et aux céphalées quotidiennes, ce depuis le 7 septembre 2022, date du dépôt de la demande de prestations AI.

Sur le plan neuropsychologique, le rapport d'expertise de la CRR du 3 avril 2025, établi par L_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, comprend l'anamnèse, l'étude des pièces médicales pertinentes dans le domaine considéré, y compris les rapports d'imagerie cérébrale, cervicale et d'ENMG (électro-neuromyographie), ainsi que de polysomnographie (p. 1-6), les données subjectives de

l'assurée (p. 6-7), les constatations objectives effectuées le 3 avril 2025 (p. 8-9) et une discussion motivée du cas (p. 9-13)

Sur le fond, l'expert n'a retenu aucune atteinte neuropsychologique incapacitante.

Sur le plan rhumatologique, le rapport de la CRR du 3 avril 2024, établi par le docteur M_____, spécialiste en rhumatologie, se base sur l'anamnèse, le dossier médical de l'assurée, y compris les rapports d'imagerie, les plaintes de celle-ci (p. 1-8, 11), l'examen clinique du 3 avril 2025 (p. 8-11), et une évaluation circonstanciée du cas (p. 11-15).

Sur le fond, l'expert a retenu les diagnostics de fibromyalgie, de cervicarthrose étagée sévère avec canal cervical rétréci, de gonalgies non spécifiques, de lombalgies communes avec lombarthrose étagée avec un *status* après hernie discale L4-L5 opérée en 1994.

L'expert a énuméré les limitations fonctionnelles suivantes : le port répétitif et/ou prolongé de charges lourdes de plus de 10 kg, les activités prolongées et/ou répétitives avec le rachis en porte-à-faux aussi bien lombaire que cervical, les activités avec rotations prolongées et/ou répétitives du rachis tant cervical que lombaire, tout en précisant que l'activité habituelle de psychologue respectait ces restrictions et était donc adaptée à l'état de santé de l'assurée.

Il en a conclu que la capacité de travail de l'assurée était de 80% dans toute activité, le rendement étant diminué de 20% eu égard aux douleurs chroniques.

Sur le plan consensuel, les experts de la CRR se sont accordés pour considérer que la capacité de travail de l'assurée était, sur le plan somatique, de 80% dans toute activité depuis septembre 2022, date du dépôt de la demande de prestations AI, mais, sur le plan psychique, de 0% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} avril 2024.

Dans le rapport complémentaire du 22 août 2025, les experts de la CRR se sont prononcés sur de nouvelles pièces médicales qui leur avaient été soumises, à savoir une IRM de la colonne lombosacrée du 24 avril 2025, une lettre du neurologue traitant du 5 mai 2025 avec examen électroneuromyographique, une lettre de l'orthopédiste traitant du 27 mai 2025, une lettre du médecin généraliste traitant du 16 juin 2025, ainsi qu'un rapport d'intervention d'antalgie des Hôpitaux universitaires de Genève du 26 juin 2025. Ils ont exposé que les données médicales y figurant ne modifiaient pas leurs conclusions précédentes. Ainsi, sur les plans somatique et psychique, la capacité de travail de l'assurée était de 100% du 23 mars 2022, début de l'incapacité de travail de longue durée alléguée, jusqu'au mois de septembre 2022, date à partir de laquelle sa capacité de travail était de 80%, ce dans toute activité. À partir du 1^{er} avril 2024, sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de psychologue mais de 50% dans une activité adaptée sur le plan psychique.

Force est de constater que les rapports d'expertise de la CRR ainsi que le rapport complémentaire précité ont été établis de manière circonstanciée, par des spécialistes des disciplines médicales pertinentes, au terme d'une étude attentive et complète du dossier de l'assurée, tout en tenant compte des plaintes de cette dernière, de l'anamnèse et de leurs constatations objectives. Les diagnostics posés sont clairs, et les conclusions bien motivées. Ces rapports remplissent par conséquent les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

L'assurée requiert le versement des indemnités journalières pour la période du 1^{er} septembre 2023 au 22 mars 2024, en s'appuyant essentiellement sur les rapports de son médecin généraliste traitant. Or, une évaluation médicale complète et approfondie, telle que celle des experts de la CRR, ne peut pas être remise en cause au seul motif que les médecins traitants ont une opinion divergente sur la capacité de travail de l'assurée. Il ne peut en aller différemment que si ceux-ci font état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été oubliés dans le cadre de l'expertise médicale. Tel n'est pas le cas en l'espèce. Du reste, l'assurée ne tente pas démontrer que les rapports d'expertise de la CRR seraient lacunaires ou auraient ignoré des données essentielles.

Dès lors que l'assurée présentait une incapacité de travail de 20% seulement durant la période du 1^{er} septembre 2023 au 22 mars 2024, elle n'a pas droit à l'indemnité journalière pendant cette période conformément à l'art. 5 ch. 1 des CC précité, qui, pour rappel, exige un degré de l'incapacité de travail de 25% au moins pour que l'assurance preste.

Contrairement à ce que prétend l'assurée, le projet de décision de l'OAI du 18 septembre 2025, par lequel cette autorité entendait lui accorder une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} juin 2024, ne lui est d'aucun secours. En effet, pour la période ici litigieuse de septembre 2023 à mars 2024, l'OAI reconnaît également une incapacité de travail de 20% dans toute activité, à l'instar des experts de la CRR.

Il s'ensuit que la demande en paiement de l'assurée ne peut qu'être rejetée.

5.3 Reste à déterminer si c'est à bon droit que l'assurance réclame la restitution des indemnités journalières versées à l'assurée entre octobre 2022 et mars 2023.

Il est vrai, conformément aux conclusions des rapports - probants - des expertises de la CRR précités, que durant cette période, l'incapacité de travail de 20% seulement ne donnait pas droit aux indemnités journalières.

Cela étant, durant cette période, l'assurance a presté sur la base des pièces médicales et des arrêts de travail que l'assurée lui avaient communiqués en temps réel. La première expertise psychiatrique - concluant à l'absence d'une atteinte à la santé incapacitante -, mandatée par l'assurance a eu lieu le 6 juin 2023, soit après cette période. De même, les appréciations du médecin-conseil de l'assurance, constatant l'absence d'atteinte à la santé incapacitante tant sur les

plans somatique que psychique, datées de septembre et novembre 2023, sont également postérieures à cette période. Dans la mesure où l'assurance n'a pas fait examiner l'assurée par un médecin de son choix bien avant le 6 juin 2023, elle a pris le risque de se priver, pour la période ici litigieuse d'octobre 2022 à mars 2023, de constatations autres que celles effectuées par les médecins traitants.

Dans tous les cas, les experts de la CRR ont admis, à l'instar des médecins traitants, que l'assurée présentait effectivement des atteintes à la santé d'ordre somatique et psychique. Ainsi, ils ont reconnu qu'elle souffrait d'un diabète de type II, d'un syndrome des apnées du sommeil appareillé dans le cadre d'une obésité de grade I, d'une thyroïdite de Hashimoto, de fibromyalgie, de cervicarthrose étagée sévère avec canal cervical rétréci, de gonalgies non spécifiques, de lombalgies communes avec lombarthrose étagée avec *status* après hernie discale L4-L5 opérée en 1994, de céphalées quotidiennes chroniques d'origine mixte, d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique avec une composante anxieuse au premier plan et de trouble panique d'intensité moyenne (*cf.* rapport d'expertise consensuelle de la CRR du 20 mai 2025 p. 17). Ils ont explicité les motifs qui les ont amenés à retenir ces diagnostics, ainsi que les conséquences sur la capacité de travail de l'assurée au fil du temps. Force est de conclure que l'avis des médecins traitants sur la capacité de travail de l'assurée ne constitue qu'une appréciation différente d'une même situation médicale. Or, les experts de la CRR ont reconnu que l'assurée ne simulait pas et ne majorait pas ses symptômes (*cf.* rapport d'expertise psychiatrique de la CRR du 4 avril 2025 p. 8 et 11 ; rapport d'examen neurologique de la CRR du 4 avril 2025 p. 14 qui ne signalait pas d'incohérence ; rapport d'expertise rhumatologique de la CRR du 3 avril 2025 p. 13 qui relevait que le tableau clinique était plausible).

Dans ces circonstances, il y a lieu de nier que, l'assurée qui souffrait d'atteintes à la santé et éprouvait des douleurs, avait, sur le plan subjectif, la conscience et la volonté d'induire l'assurance en erreur.

En l'absence d'une fraude, l'assurance ne peut pas réclamer le remboursement des indemnités journalières versées à l'assurée d'octobre 2022 à mars 2023 en vertu des règles sur l'enrichissement illégitime (*cf.* consid. 4.5 *supra*).

En tout état de cause, contrairement à ce que prétend l'assurance, elle n'agissait en aucune manière sous l'influence d'une connaissance inexacte de la situation de fait et de droit alors présente, au moment du versement des indemnités journalières dans la période d'octobre 2022 à mars 2023. En effet, comme exposé précédemment, l'assurance a soumis le cas de l'assurée à ses médecins-conseil bien après ; la première appréciation portant sur les deux volets, somatique et psychique, date de septembre 2023 seulement. L'assurance a donc accepté de prester, pour la période ici litigieuse, en se fondant sur les pièces médicales et les arrêts de travail qu'elle a reçus en temps réel, sans qu'elle n'ait manifesté le moindre doute. L'assurance ne peut donc pas se prévaloir d'une erreur au sens strict du terme, *a posteriori*, sur la base des rapports d'expertises de la CRR,

établis à la demande de l'OAI près de deux ans après le versement des prestations en cause, d'autant moins que les experts de la CRR ont eux-mêmes reconnu que l'assurée ne simulait pas et n'exagérait pas ses plaintes, corroborées par les résultats d'imagerie.

5.4 L'assurée, représentée par un avocat, n'a pas requis la tenue d'une audience de débats. Certes, l'assurance a sollicité l'audition de ses médecins-conseils et celle de l'expert psychiatre qu'elle avait mandaté. Cela étant, au vu des développements qui précèdent, la chambre de céans disposant de tous les éléments nécessaires pour statuer, il est superflu, par appréciation anticipée des preuves (ATF 143 III 297 consid. 9.3.2), d'organiser une audience de débats et de donner suite à ces mesures d'instructions (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 2.1 *in fine* ; ATAS/992/2016 du 29 novembre 2026 consid. 2c ; ATAS/408/2024 du 3 juin 2024 consid. 10).

- 6.** Par conséquent, la demande principale et la demande reconventionnelle doivent être rejetées. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge de l'assurée (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]) ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande principale et la demande reconventionnelle recevables.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) par le greffe le