



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3484/2018

ATAS/1198/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 décembre 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o Madame B_____, à GENÈVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Roman
SEITENFUS

demanderesse

contre

ATUPRI GESUNDHEITSVERSICHERUNG, sise
Zieglerstrasse 29, BERN, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître Didier ELSIG

défenderesse

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Andres PEREZ, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1990, a travaillé en tant qu'assistante de secrétariat pour le compte de C_____ LPP dès le 16 février 2015, pour un salaire de CHF 78'000.- brut par an.

À ce titre, elle était au bénéfice d'une assurance collective perte de gain maladie conclue par son employeur auprès d'ATUPRI GESUNDHEITSVERSICHERUNG (ci-après : l'assurance perte de gain), et dont les primes étaient payées par l'employeur.

2. En date du 9 avril 2015, l'assurée a dû cesser de travailler en raison d'une dépression.
3. Son employeur a annoncé cette maladie à l'assurance perte de gain le 4 mai 2015.
4. Par courrier du 19 mai 2015, l'assurance perte de gain a invité la doctoresse D_____, spécialiste FMH en allergologie, immunologie clinique et médecine interne générale, et médecin traitante de l'assurée, à lui faire parvenir un rapport lui permettant d'évaluer son obligation de prester.
5. Dans un rapport du 1^{er} juin 2015, la Dresse D_____ a retenu le diagnostic de dépression.

Depuis début avril était apparu un état dépressif avec manque d'élan, perte de sommeil et d'appétit et angoisses. L'assurée était en incapacité de travail à 100 % et aucune reprise de travail ne pouvait être actuellement prévue. Après quinze jours de traitement antidépresseur (Parotexine), elle avait constaté très peu d'amélioration.

Il existait une corrélation entre la maladie et l'activité professionnelle de l'assurée, en raison d'une mauvaise ambiance au travail. L'assurée ne se sentait pas soutenue. L'employeur ne pouvait mettre en œuvre les conditions d'un retour rapide, l'état dépressif étant trop important pour l'instant.

6. Depuis cette date, elle a renouvelé les arrêts maladie de sa patiente à des intervalles d'un mois.
7. La Dresse D_____ a confirmé son diagnostic le 28 août 2015.

L'assurée était toujours très angoissée, présentait des troubles du sommeil et de l'apathie. Elle allait commencer au mois de septembre un suivi auprès d'un médecin psychiatre. Sa capacité de travail était toujours nulle.

La médication actuelle était : Parotexine 20 mg/j, Xanax 0.5 mg/j et Zoldorm 10 mg/j.

8. Elle a par la suite établi des certificats d'arrêt de travail mensuels.
9. L'assurance perte de gain a versé des indemnités journalières à l'assurée du 17 mai au 31 août 2015.
10. Le 1^{er} septembre 2015, alors que l'assurée était toujours en arrêt de travail, elle a cessé de verser ces indemnités.

11. Par courrier recommandé du 3 décembre 2015, C_____ LPP a résilié le contrat de travail de l'assurée avec un préavis de sept jours à compter de la date de réception dudit courrier.
12. Le 22 décembre 2015, l'assurance perte de gain a sollicité un rapport de la doctoresse E_____, médecin praticien FMH et nouvelle médecin traitante de l'assurée.
13. Dans un rapport du 27 décembre 2015, la Dresse E_____ a posé le diagnostic de dépression sévère d'origine exogène. Elle décrivait les mêmes symptômes que la Dresse D_____. L'assurée était toujours sous antidépresseurs. La capacité professionnelle était conservée, mais l'environnement actuel était délétère et responsable de l'état actuel. Elle ne pouvait se prononcer en l'état sur l'évolution de la capacité de travail de l'assurée.
14. Par courrier du 24 décembre 2015, l'assurée a mis l'assurance perte de gain en demeure de prester.
15. Dans sa réponse du 21 janvier 2016, l'assurance perte de gain a reproché au certificat de la Dresse D_____ de ne pas avoir accolé au diagnostic le code ICD-10 correspondant.

Pour permettre à l'assurance perte de gain de déterminer son obligation d'allouer des prestations, un code diagnostic international reconnu selon ICD-10 devait être rédigé avec les indications de traitement correspondantes. Ce rapport n'ayant pas été rempli de manière adéquate, elle l'avait retourné à son médecin. Elle n'avait par conséquent pas la possibilité de prendre position concernant son obligation de prester jusqu'à réception d'un rapport médical qualifié.

16. À la suite de ce courrier, la Dresse E_____ a précisé, sur ledit courrier, le code diagnostic international : F40-F48.
17. Par courriers des 23 mars et 26 octobre 2016, l'assurance perte de gain a indiqué avoir la conviction que l'assurée était pleinement apte au travail. Elle liquidait donc son cas avec effet au 1^{er} septembre 2015.

Bien que la Dresse E_____ continuât d'attester une incapacité de travail totale, elle n'avait à ce jour reçu aucun rapport médical qualifié justifiant suffisamment l'incapacité de travail de l'assurée.

18. Le 14 novembre 2016, l'assurée, représentée par un syndicat, a invité l'assurance perte de gain à lui indiquer sur quels critères elle avait mis un terme aux prestations à la fin du mois d'août 2015.

Elle s'étonnait en outre de constater qu'aucune visite de son médecin-conseil pour « contre-expertise » n'avait été réclamée.

Enfin, contrairement à ce qu'elle alléguait, tous les certificats et rapports réclamés lui avaient été envoyés.

19. Par courrier du 25 novembre 2016, l'assurance perte de gain a envoyé au représentant de la recourante certaines pièces du dossier.
20. Le 6 juillet 2017, l'assurance perte de gain a maintenu sa position.
21. À teneur d'un rapport de la Dresse E_____ du 1^{er} août 2017, l'incapacité de travail de l'assurée était toujours totale.

Devant l'évolution clinique peu favorable, elle avait remplacé la Parotexine au profit de l'Efexor, avec augmentation progressive de la posologie afin d'atteindre l'efficacité clinique à Efexor 75 mg deux fois par jour. La lumbinothérapie avait été rajoutée afin de renforcer l'efficacité du traitement toujours associé à un somnifère Zoldorm et un anxiolytique à la demande.

Une prise en charge par psychothérapie, ainsi qu'un bilan sanguin afin d'éliminer une pathologie organique, avaient été refusés par l'assurée, sans précision.

Devant l'évolution clinique favorable par la suite, l'Exefor avait été diminué progressivement, puis arrêté en novembre 2016.

L'assurée avait retrouvé une certaine joie de vivre et avait pu reprendre ses activités sportives. Elle était cependant toujours suivie régulièrement. Son état psychologique restait fragile, car elle n'était toujours pas en mesure d'effectuer une recherche d'emploi. Sa capacité de travail était toujours de 0 %.

22. Par courrier du 2 octobre 2017, l'assurée, représentée par un syndicat, a sollicité la reprise du versement des indemnités journalières.

Son dossier ne contenait aucun avis médical contestant ceux des Dresses E_____ et D_____.

L'assurance perte de gain était invitée à exécuter ses responsabilités d'assureur d'ici au 10 octobre 2017, à savoir verser des indemnités journalières jusqu'au mois de mars 2016 au minimum, voire au-delà, les certificats lui ayant été valablement fournis jusqu'à la fin de la protection légale.

23. Le 10 novembre 2017, l'assurée a adressé une réquisition de poursuite à l'assurance perte de gain, d'un montant de CHF 164'400.- pour les indemnités journalières, CHF 29'350.- pour les frais de procédure et CHF 126'000.- à titre de dédommagement. La date de réception de cette réquisition à l'office des poursuites d'Ostermundigen n'est pas indiquée sur le formulaire figurant au dossier.

Un commandement de payer, établi le 24 novembre 2017, a été notifié à l'assurance perte de gain le 1^{er} décembre 2017.

24. L'assurée a été en arrêt de travail jusqu'au 16 juillet 2017. Elle a recouvré une capacité de travail à compter du 17 juillet 2017.
25. Les 23 mars et 4 mai 2018, l'assurée a invité l'assurance perte de gain, par l'intermédiaire de son conseil, à lui envoyer l'intégralité de son dossier, ainsi que

les conditions d'assurances et les clauses particulières, le dossier envoyé précédemment étant incomplet.

À défaut, elle n'aurait d'autre choix que de déposer une plainte pénale pour violation de l'obligation de renseigner.

26. Par courrier du 24 mai 2018, l'assurance perte de gain a indiqué joindre à celui-ci les dossiers demandés.
27. Le 2 octobre 2018, l'assurée (ci-après : la demanderesse), sous la plume de son conseil, a saisi la chambre de céans d'une demande tendant au paiement, sous suite de frais et dépens, d'un montant de CHF 106'501.85, avec intérêts à 5% l'an à compter du 1^{er} juillet 2016. Elle concluait préalablement à l'audition des Dresses D_____ et E_____ et à la mise sur pied d'une expertise judiciaire, en tant que de besoin.

Elle fondait sa demande sur les conditions générales d'assurance pour les assurances collectives d'indemnités journalières (ci-après : CGA), état au 1^{er} juillet 2011, qu'elle avait pu obtenir sur internet, l'assurance perte de gain (ci-après : la défenderesse) ne lui ayant jamais transmis lesdites conditions, malgré de multiples demandes.

Lesdites CGA couvrant toute perte de gain entraînée par une maladie et les prestations continuant à être assurées après la cessation des rapports de travail si la personne assurée avait droit à des prestations à la date de sortie, il ne faisait aucun doute que la demanderesse avait droit aux prestations d'assurances. Son incapacité avait été démontrée par les divers certificats médicaux et rapports produits à l'occasion de la présente procédure et dont la défenderesse avait eu connaissance, et celle-ci ne disposait d'aucun élément médical contredisant ces rapports.

28. La défenderesse a répondu en date du 20 décembre 2018 et a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande.

Les rapports de travail ayant pris fin durant la période d'essai, la demanderesse ne disposait, selon les CGA, d'aucune prétention en paiement d'indemnités journalières à son encontre.

Il fallait par ailleurs tenir compte des règles de prohibition de sur-indemnisation, plus particulièrement d'éventuelles prestations versées à la demanderesse par l'assurance-invalidité ou l'assureur LPP.

La demanderesse avait également violé ses obligations contractuelles en cas de survenance d'un sinistre, n'ayant pas entrepris tout ce qui était raisonnablement exigible afin de recouvrer son état de santé : elle n'avait consulté que des médecins généralistes, et aucun psychiatre. Or, le refus de se rendre chez un psychiatre, associé à un traitement antidépresseur inadapté, prolongeait de manière injustifiée l'incapacité de travail.

L'éventuelle créance à son encontre était enfin prescrite. La litispendance avait débuté le 2 octobre 2018, date du dépôt de la demande, et il n'existait aucun acte interruptif de prescription préalable. La réquisition de poursuite, déposée le 10 novembre 2017, n'avait pas valablement interrompu la prescription.

29. Les parties ont été convoquées à une audience de débats d'instruction et de comparution personnelle le 26 février 2019.

a. La demanderesse a indiqué n'avoir pas déposé de demande auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).

Dans la bouche de son conseil, la demanderesse a relevé que son état de santé n'avait jamais été contesté par la défenderesse. Elle n'avait jamais reçu le moindre document de l'assureur à cet égard. Il n'avait notamment jamais indiqué pourquoi il avait supprimé le versement des indemnités journalières au 31 août 2015.

b. La défenderesse sollicitait l'audition de leur médecin-conseil, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui permettrait d'expliquer leur organisation interne, ses relations avec le gestionnaire, et les raisons pour lesquelles les prestations avaient été supprimées après le 31 août 2015. Ce dernier n'avait rédigé aucun rapport et s'était vraisemblablement entendu avec le gestionnaire en charge du dossier. Elle n'entendait pas demander la restitution des prestations versées.

30. Une audience de comparution personnelle et d'enquêtes a eu lieu le 16 avril 2019.

a. La Dresse D_____ a déclaré que la demanderesse était venue la consulter pour la première fois le 13 mai 2015 pour un état anxieux important associé à une dépression relativement importante, soit sévère. Elle avait retenu ce diagnostic. La demanderesse était en incapacité totale de travailler. Elle lui avait prescrit un anxiolytique, le Xanax, ainsi qu'un médicament pour dormir, le Stilnox. À la deuxième consultation, quinze jours après, elle avait ajouté un antidépresseur, la Paroxétine. La demanderesse était toujours très angoissée et l'arrêt de travail n'avait pas suffi à améliorer son état. Elle n'avait pas constaté d'amélioration. À la quatrième consultation, elle lui avait conseillé de consulter un spécialiste. Celle-ci avait ainsi pris rendez-vous pour mi-septembre. Elle ne l'avait depuis plus revue. Elle confirmait avoir envoyé ses rapports des 1^{er} juin et 28 août 2015 à la défenderesse. Celle-ci n'avait pas pris contact avec elle.

b. La Dresse E_____ a indiqué avoir reçu la demanderesse pour la première fois en septembre 2015 pour une dépression. Celle-ci était déjà au bénéfice d'un traitement médicamenteux, mais elle ne savait pas quel médecin le lui avait prescrit, la demanderesse n'ayant pas répondu. Elle ne savait pas non plus ce qui s'était passé avant la première consultation. Elle avait diagnostiqué une dépression sévère d'origine exogène réactionnelle à des conflits survenus au travail. Son incapacité de travail était entière. Le traitement médicamenteux prescrit lui avait paru correct. Son état de santé avait évolué favorablement, jusqu'à fin 2016, début 2017, et elle avait pu arrêter son traitement médicamenteux dans le courant 2017. Son incapacité

de travail était de 50 % à ce moment-là, puis de 100 % à l'approche de la fin 2017. Elle la voyait une fois par mois depuis septembre 2015. À leurs séances s'ajoutaient quelques contacts téléphoniques. Elle a précisé que la demanderesse était bien entourée.

Dès le mois de décembre 2015, elle lui avait conseillé de consulter un psychiatre, mais n'avait pas insisté outre mesure, la demanderesse disant qu'elle préférerait rester avec elle. Elle avait attendu trois mois avant de lui donner ce conseil, afin de prendre le temps de tisser un lien de confiance. Il va de soi que si elle l'avait sentie en danger, elle l'aurait adressée à un psychiatre. Elle ne considérait pas qu'il y eût aggravation en décembre 2015, mais son état ne s'était pas du tout amélioré. À partir de novembre 2017, la demanderesse n'était plus sa patiente.

Dans un rapport adressé à la défenderesse, elle avait indiqué qu'il n'y avait pas de psychothérapie pour l'instant, parce que la demanderesse ne souhaitait pas consulter un psychiatre. Une séance de psychothérapie menée par un généraliste consistait à redonner le moral au patient, essayer de comprendre quelles étaient ses attentes et ses projets. Il ne s'agissait pas d'une psychothérapie. Dans le cas d'une dépression post-réactionnelle, – ce dont souffrait la demanderesse –, un généraliste pouvait fort bien aider, dans le cadre de ces séances, à la remotivation du patient et à la reprise de la confiance en soi. Si elle était allée voir un psychiatre, son état ne se serait pas amélioré plus rapidement ou de meilleure façon qu'en restant avec elle. Elle bénéficiait en effet du traitement médicamenteux adéquat et de séances de remotivation, étant rappelé qu'elle ne souffrait pas d'une maladie psychiatrique. Il était par ailleurs exact qu'il était mieux que le diagnostic et, partant, le traitement, soient validés par un spécialiste.

Elle confirmait avoir adressé à la défenderesse un rapport le 27 décembre 2015. Celle-ci lui avait demandé le code diagnostic international, ce à quoi elle avait aussitôt répondu. Elle n'avait pas eu d'autres contacts. La défenderesse ne lui avait pas demandé de rapport complémentaire. Son médecin-conseil ne l'avait pas contactée.

À la lecture de son rapport du 1^{er} août 2017, elle a précisé que le taux d'incapacité de travail de la demanderesse était de 50 % à la fin de l'été 2017 seulement. Elle confirmait donc son incapacité de travail entière de septembre 2015 à la fin de l'été 2017, et de 50 % après.

c. La demanderesse a précisé avoir pris rendez-vous chez un psychiatre, mais il s'était avéré qu'il était spécialisé dans le traitement d'adolescents. Elle avait donc annulé le rendez-vous et consulté la Dresse E_____. Comme celle-ci lui assurait des séances de psychothérapie, elle avait pensé qu'il n'était pas utile de voir en plus un psychiatre. La Dresse E_____ du reste ne le lui avait pas conseillé. Elle n'était pas retournée chez la Dresse D_____, parce qu'il n'y avait pas avec elle de séances de remotivation.

d. Durant l'audience, la défenderesse a produit une note non datée, en allemand, indiquant qu'elle avait été rédigée par son médecin-conseil, le Dr F_____.

Cette note indiquait qu'il manquait, dans le rapport de la Dresse D_____ du 1^{er} juin 2015 la classification conforme à la CIM-10, ce bien que ce renseignement eût été expressément demandé dans le formulaire. Seule la « dépression » était donnée comme diagnostic. En raison de ces données rudimentaires, aucune évaluation diagnostique, évaluation de l'incapacité de travail ou pronostic ne pouvaient être faits.

La mention de cette classification manquait également dans le rapport du 28 août 2015.

Le rapport du 27 décembre 2015, rédigé à la main, était difficilement lisible. Il manquait par ailleurs le cachet du médecin, explicitement demandé. À nouveau, seul un diagnostic sans détail (« dépression sévère ») était posé, sans code de classification. Il était expressément indiqué qu'aucune psychothérapie n'était pratiquée, ce qui constituait une faute professionnelle dans le cadre d'un diagnostic de « dépression sévère ». Le traitement était inchangé depuis avril 2015, et il n'était pas adéquat selon les recommandations de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (ci-après : SSPP) : en cas de dépression grave, il convenait d'adapter à la fois la médication et les soins psychothérapeutiques, tel un traitement hospitalier dans une clinique psychiatrique, par exemple.

En conclusion, des informations médicales rudimentaires manquaient pour évaluer le cas par rapport à la maladie effectivement présente, à l'incapacité de travail correspondante et au pronostic. Sans ces données, notamment un diagnostic selon la classification CIM-10, aucun autre paiement ne pouvait être effectué.

31. Par courrier du 14 mai 2019, la chambre de céans a fixé aux parties un délai au 7 juin 2019 pour transmettre leurs déterminations après enquête.
32. Dans un délai prolongé au 12 juin 2019, la demanderesse a intégralement persisté dans ses conclusions.

Elle se référait à un arrêt rendu par la chambre de céans le 15 décembre 2016 (ATAS/1050/2016) dont l'objet était identique : dans ce cas, l'assurance perte de gain s'était contentée d'un rapport de son médecin-conseil pour justifier son refus de prester, sans aucune autre explication. La chambre de céans avait estimé que le demandeur avait largement établi être en situation d'incapacité de travail pour maladie et que l'assurance l'avait contesté sans apporter la preuve du contraire.

Dans le cas d'espèce, la demanderesse avait pu démontrer, par les rapports et l'audition de ses médecins, qu'elle était bien en incapacité de travail. La défenderesse n'opposait aucun élément factuel ou médical permettant de douter ou de contredire la réalité de ces appréciations médicales. La « note du Dr F_____ », produite en procédure, ne figurait même pas dans le mémoire de réponse, et la défenderesse avait explicitement indiqué, lors de l'audience de comparution

personnelle, qu'aucun rapport n'avait été rédigé par ce médecin. Cette note ne pouvait en aucun cas s'apparenter à un rapport médical. Il ressemblait plutôt à une note interne d'un « case manager ». L'indication « gesprochen mit Dr F_____ », en haut de cette note, le confirmait. Enfin, les rapports figurant au dossier consistaient bien en des rapports médicaux « qualifiés ». Par ailleurs, la Dresse E_____ avait bien indiqué, sur le courrier de la défenderesse du 21 janvier 2016, le code diagnostic, comme demandé. Si la défenderesse estimait que ces documents n'étaient pas suffisants, il lui appartenait de solliciter des informations complémentaires auprès des praticiens.

Par ailleurs, si on le lui avait demandé, elle aurait consulté un spécialiste. Dans le cas précédemment mentionné, l'assuré n'avait pas consulté de spécialiste pendant des mois, sans que cela ne remette en cause la validité des appréciations médicales figurant au dossier.

S'agissant de l'interprétation de l'art. 8.3 des CGA, le Tribunal fédéral n'avait pas eu l'occasion de se prononcer sur la limitation des prestations aux employés en période d'essai. Une partie de la doctrine considérait qu'une telle limitation devait être exclue. Dans le cas d'espèce, cette disposition était de surcroît rédigée de manière incompréhensible, si bien qu'elle devait être interprétée selon la règle *in dubio contra stipulatorem*.

Enfin, la prescription avait été valablement interrompue par l'envoi du commandement de payer.

33. Dans le même délai, la défenderesse a également persisté dans ses conclusions.

Les rapports de travail ayant été résiliés durant la période d'essai, la demanderesse n'était pas fondée à réclamer le paiement d'indemnités journalières.

Le commandement de payer n'était pas assez précis : le descriptif de la créance était manifestement insuffisant. Il ne contenait notamment aucune précision sur la période concernée, de sorte qu'il n'avait pas interrompu la prescription.

La demanderesse avait violé son obligation d'entreprendre tout ce qui était raisonnablement exigible afin de recouvrer son état de santé. Les traitements médicamenteux instaurés manquaient manifestement d'efficacité, dès lors qu'ils n'étaient pas associés à un suivi régulier auprès d'un psychiatre. Par ailleurs, la Paroxétine n'était pas adaptée pour le traitement des troubles dépressifs sur le long terme. Ainsi, le refus de se rendre auprès d'un psychiatre, associé à traitement anti-dépresseur inadapté avait prolongé de manière injustifiée l'incapacité de travail de la demanderesse.

Enfin, la demanderesse s'était comportée de manière contraire à la bonne foi en refusant sans motif légitime de solliciter une rente de l'assurance-invalidité. Si par impossible la chambre de céans devait condamner la défenderesse au versement d'indemnités journalières, il conviendrait d'imputer sur celles-ci la rente

d'invalidité que la demanderesse aurait pu percevoir de l'assurance-invalidité et de la prévoyance professionnelle.

34. Sur quoi, 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.

2. L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1^{er} janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'occurrence, l'art. 35.2 CGA prévoit qu'en cas de litige découlant du contrat, la personne assurée peut choisir entre le for de Berne ou le for de son domicile suisse.

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

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).
4. Le litige porte sur le droit de la demanderesse à des indemnités journalières de la part de la défenderesse au-delà du 31 août 2015, plus particulièrement sur l'existence d'une incapacité de travail au-delà de cette date en raison de troubles psychiques.
5. a. Selon l'art. 324a al. 1 du Code des obligations (CO - RS 220), si le travailleur est empêché de travailler sans faute de sa part pour des raisons inhérentes à sa personne, telles que notamment la maladie, l'employeur lui verse le salaire pour un temps limité, dans la mesure où les rapports de travail ont duré plus de trois mois ou ont été conclus pour plus de trois mois. Pendant la première année de service, l'employeur est tenu de payer le salaire de trois semaines (art. 324a al. 2 CO). Il

peut toutefois être dérogé aux prescriptions précitées par accord écrit, contrat-type de travail ou convention collective à condition que des prestations au moins équivalentes soient accordées au travailleur (art. 324a al. 4 CO).

En pratique, il arrive fréquemment que l'employeur choisisse de conclure une assurance couvrant le risque de la perte de gain en raison de la maladie, sous la forme d'une assurance sociale d'indemnités journalières régie par les art. 67 à 77 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) ou d'une assurance d'indemnités journalières soumise à LCA (voir l'arrêt du Tribunal fédéral 4A_563/2008 du 10 février 2009 consid. 1 et l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances 5C.41/2001 du 3 juillet 2001 consid. 2b/bb).

b. En matière d'assurance privée, les parties peuvent convenir d'une assurance de personnes (dite aussi assurance de sommes) ou d'une assurance contre les dommages. La première se distingue de la seconde par sa nature non indemnitaire : il s'agit d'une promesse de capital indépendante du montant effectif du préjudice subi par le preneur ou l'ayant droit. En bref, on est en présence d'une assurance de personnes lorsque les parties n'ont subordonné la prestation de l'assureur - dont elles ont fixé le montant lors de la conclusion du contrat - qu'à la survenance de l'événement assuré, sans égard à ses conséquences pécuniaires ; on est en revanche en présence d'une assurance contre les dommages lorsque la perte patrimoniale effective constitue une condition autonome du droit aux prestations. Lorsque le contrat d'assurance prévoit le versement à l'assuré d'une indemnité journalière forfaitaire en fonction du seul degré de l'incapacité de travail de l'assuré, il s'agit d'une assurance de sommes. Lorsque le droit à l'indemnité est subordonné à la survenance d'une perte effective sur le plan économique et que le montant de l'indemnité dépend des conséquences économiques réelles du sinistre pour l'assuré, il s'agit d'une assurance contre les dommages (arrêt du Tribunal fédéral 4A_332/2010 et 4D_126/2010 du 22 février 2011 consid. 5.2.3 et les références citées). Dans les assurances de sommes, la surindemnisation de l'ayant droit est possible et les prestations versées par un assureur social ne peuvent pas être imputées sur les allocations journalières dues par l'assureur privé, à moins que les conditions générales d'assurance ne prévoient exceptionnellement une telle imputation (ATF 133 III 527 consid. 3.2.5).

Les assurances collectives sont, de par leur nature, conclues sous la forme d'assurances de dommage (Ivano RANZANICI, Les effets de l'incapacité de travailler pour cause d'une maladie successive à la résolution du contrat de travail, in Regards croisés sur le droit du travail : Liber Amicorum pour Gabriel Aubert, 2015, p. 276).

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

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

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

7. a. 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 ; 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). 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).

b. 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).

L'assureur a ainsi un droit - découlant de l'art. 8 CC - à la contre-preuve ; il peut chercher à démontrer des circonstances qui suscitent des doutes sérieux sur la réalité des faits qui font l'objet de la preuve principale, de manière à faire échouer celle-ci ; pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée et que les faits n'apparaissent par conséquent pas comme étant d'une vraisemblance prépondérante ; si la contre-preuve aboutit, les faits allégués par l'ayant droit ne peuvent pas être tenus pour établis, à savoir comme étant d'une vraisemblance prépondérante, et la preuve principale est mise en échec (ATF 130

III 321 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_193/2008 du 8 juillet 2008 consid. 2.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 4D_73/2007 du 12 mars 2008 consid. 2.2).

L'art. 8 CC n'exclut pas la preuve par indices (ATF 127 III 248 consid. 3 ; ATF 122 III 219 consid. 3c ; ATF 114 II 289 consid. 2a).

c. En vertu de l'art. 150 al. 1 CPC, seules doivent être prouvées les allégations qui sont expressément contestées. Une telle contestation doit être suffisamment précise pour atteindre son but, c'est-à-dire permettre à la partie adverse de comprendre quels allégués il lui incombe de prouver. Le degré de précision d'une allégation influe sur le degré de motivation que doit revêtir sa contestation. Plus les affirmations d'une partie sont détaillées, plus élevées sont les exigences quant à la précision de leur contestation. Une réfutation en bloc ne suffit pas. 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 précité 4A_318/2016 consid. 3.1).

8. a. En revanche, l'art. 8 CC ne régit pas l'appréciation des preuves, de sorte qu'il ne prescrit pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (ATF 127 III 519 consid. 2a), ni ne dicte au juge comment forger sa conviction (ATF 128 III 22 consid. 2d ; ATF 127 III 248 consid. 3a) ; cette disposition n'exclut pas non plus que le juge puisse, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3 ; ATF 129 III 18 consid. 2.6).

b. Le principe de la libre appréciation des preuves est ancré à l'art. 157 CPC, qui dispose que le juge établit sa conviction par une libre appréciation des preuves administrées. Ce faisant, le juge décide d'après sa conviction subjective personnelle si les faits se sont produits ou non, c'est-à-dire s'ils sont prouvés ou non (HOHL, Procédure civile, Tome I, 2ème éd., 2016, n. 2008). Malgré ce qui précède, l'art. 168 al. 1 CPC énumère les moyens de preuve admissibles : il s'agit du témoignage, des titres, de l'inspection, de l'expertise, des renseignements écrits, de l'interrogatoire et de la déposition de partie. Cette énumération est exhaustive, le droit de la procédure civile institue ainsi un *numerus clausus* des moyens de preuve. Cela semble à première vue contredire les principes fondamentaux que sont le droit à la preuve et sa libre appréciation, mais la sécurité et l'équité requièrent que la loi détermine clairement quand et par quel moyen la preuve peut être rapportée (Message du Conseil fédéral relatif au code de procédure civile suisse du 28 juin 2006, FF 2006 I p. 6929).

c. Le juge enfreint l'art. 8 CC notamment lorsqu'il admet indûment ou nie à tort l'absence de preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4A_48/2008 du 10 juin 2008 consid. 3.2), soit qu'il applique un degré de preuve erroné, soit qu'il tienne pour exactes les allégations non prouvées d'une partie alors qu'elles sont contestées par l'autre (ATF 130 III 591 consid. 5.4).

9. 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). De même, le rapport d'un médecin-conseil de l'assurance a force probante pour autant qu'il soit motivé de manière convaincante, sans contradictions, et qu'il n'y ait aucun élément faisant douter de sa fiabilité. Le simple fait que le médecin consulté soit lié par un rapport de travail à la compagnie d'assurance ne suffit pas encore à douter de son objectivité ni à soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.3). 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).
10. La défenderesse se prévalant de la prétendue prescription du droit aux prestations, il convient tout d'abord de trancher cette question.

a. Aux termes de l'art. 46 al. 1 LCA, les créances dérivant du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation.

En matière d'assurance perte de gain d'indemnités journalières, le Tribunal fédéral avait dans un premier temps admis que la prescription biennale de l'art. 46 LCA commençait à courir pour l'ensemble des indemnités journalières réclamées à l'échéance du délai d'attente prévu par le contrat (ATF 127 III 268 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 5C.42/2005 du 21 avril 2005). Il a toutefois changé sa jurisprudence en juillet 2013. Ainsi, depuis l'ATF 139 III 418, lorsque l'assuré peut réclamer une indemnité distincte pour chaque jour, ces prestations ne se prescrivent pas en bloc mais séparément, dès le jour pour lequel chacune d'elles est exigible après l'attestation médicale de l'incapacité de travail et l'expiration du délai d'attente (ATAS/1078/2016 consid. 6b).

Comme toute prescription, celle de l'art. 46 LCA peut être interrompue lorsque le débiteur reconnaît la dette (art. 135 ch. 1 CO) ou lorsque le créancier fait valoir ses droits par l'une des voies énumérées par l'art. 135 ch. 2 CO, notamment par des poursuites, par une requête de conciliation, par une action ou une exception devant un tribunal (cf. ATF 118 II 447 consid. 4c). La prescription est notamment interrompue, avec pour effet qu'un nouveau délai commence à courir dès

l'interruption (art. 137 al. 1 CO), lorsque le créancier fait valoir ses droits par une action devant un tribunal. Conformément à l'art. 138 al. 1 CO, elle est ensuite interrompue et recommence à courir, durant l'instance, à compter de chaque acte judiciaire des parties et de chaque ordonnance ou décision du juge (ATF 133 III 675 consid. 2.3.1). Selon une jurisprudence ancienne et constante (ATF 104 III 20 consid. 2, 101 II 80, 57 II 463 consid. 2 ; ATF non publié 5P.305/200 du 17 novembre 2000, consid. 3b), pour que la prescription soit interrompue au sens de l'art. 135 ch. 2 CO, il suffit de déposer une réquisition de poursuite remplissant les conditions essentielles exigées par la loi sur la poursuite pour dettes et faillite, sans qu'il soit nécessaire que le commandement de payer soit notifié.

b. Selon l'art. 67 al. 1 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889 (LP - RS 281.1), la réquisition de poursuite énonce : le nom et domicile du créancier (ch. 1) ; le nom et domicile du débiteur (ch. 2) ; le montant en valeur légale suisse de la créance et le jour duquel courent les intérêts (ch. 3) ; et le titre et sa date ; à défaut de titre, la cause de l'obligation (ch. 4).

Le titre ou la cause de la créance doit être indiqué avec suffisamment de précision pour permettre au débiteur d'identifier avec certitude la créance dont le paiement lui est demandé (art. 67 al. 1 ch. 4 LP). Lorsque la relation entre le créancier et le débiteur implique des prestations périodiques, le débiteur ne doit pas être abusivement mis dans l'obligation de remonter à l'origine du rapport contractuel et de justifier tous les paiements effectués (SJ 1988 p. 506). La prestation en cause doit donc être identifiée précisément dans la réquisition de poursuite, sous peine d'irrecevabilité de la réquisition (Précis de droit des poursuites, Sylvain MARCHAND, 2013, p. 52). Avec les autres mentions, l'indication prévue à l'art. 67 al. 1 ch. 4 LP doit renseigner sur la raison de la poursuite ; ainsi, toute périphrase relative à la cause de la créance, qui permet au poursuivi, conjointement avec les autres indications figurant sur le commandement de payer, de reconnaître la somme déduite en poursuite, suffit ; en revanche, il faut éviter que le poursuivi soit contraint de faire opposition au commandement de payer pour obtenir, dans une procédure de mainlevée subséquente ou un procès en reconnaissance de dette, les précisions lui permettant de savoir quel est le paiement qui lui est réclamé ; lorsque le paiement réclamé est reconnaissable pour le poursuivi, en raison des éléments à sa connaissance, il suffit que la cause de la créance soit exprimée succinctement, en vertu du principe de la bonne foi, qui doit aussi être observé en matière d'exécution forcée (ATF 121 III 18 consid. 2b, JT 1997 II 95 ; arrêt de la cour de justice ACJC/210/2010 du 4 mars 2010).

c. En l'espèce, la défenderesse a versé des indemnités journalières à la demanderesse du 17 mai au 31 août 2015. En vue d'interrompre la prescription, la demanderesse indique avoir adressé à la défenderesse une réquisition de poursuite, déposée au guichet de la poste le 10 novembre 2017. La date de réception de cette réquisition à l'office des poursuites n'est pas indiquée sur le formulaire figurant au dossier. Toutefois, cette date n'est pas contestée par la défenderesse dans ses

écritures, qui se réfère même expressément à la « réquisition de poursuite déposée le 10 novembre 2017 » dans son mémoire de réponse. La demanderesse a par ailleurs produit le commandement de payer, établi le 24 novembre 2017 par l'office des poursuites d'Ostermundigen, et notifié à l'assurance perte de gain le 1^{er} décembre 2017. Il convient donc de retenir cette date du 10 novembre 2017 comme étant celle à laquelle le commandement de payer a été déposé au guichet de la Poste. La demanderesse a par la suite adressé une demande en paiement, objet de la présente procédure, le 2 octobre 2018.

Un délai de plus de deux ans s'étant écoulé entre le versement de la dernière indemnité journalière (le 31 août 2015) et la réquisition de poursuite (le 10 novembre 2017), les indemnités journalières réclamées entre le 1^{er} septembre 2015 et le 9 novembre 2015 sont prescrites. Ces indemnités se prescrivant, conformément à la jurisprudence susmentionnée, séparément et non en bloc, celles exigibles à compter du 10 novembre 2015 ne sont pas prescrites, la réquisition de poursuite du 10 novembre 2017, puis la demande en paiement déposée le 2 octobre 2018, ayant valablement interrompu la prescription.

À cet égard, la demanderesse a indiqué dans sa réquisition de poursuite tous les éléments figurant à l'art. 67 al. 1 LP. Contrairement à ce que soutient la défenderesse, le descriptif de la créance est suffisamment clair : il y est indiqué « indemnités journalières » et la date à compter de laquelle les intérêts étaient réclamés, soit le 1^{er} septembre 2015. Cette dernière date correspond à celle à laquelle la défenderesse a cessé de prêter, de sorte que celle-ci pouvait comprendre que les indemnités lui étaient réclamées à compter de cette date. Par ailleurs, cette réquisition de poursuite a été précédée de plusieurs courriers de la demanderesse, réclamant à la défenderesse le versement des indemnités journalières depuis le 1^{er} septembre 2015. La défenderesse disposait ainsi de suffisamment d'éléments pour connaître l'origine de la créance et déterminer si elle souhaitait former opposition au commandement de payer, ce qu'elle a fait. Elle ne peut de bonne foi soutenir le contraire.

La réquisition de poursuite envoyée le 10 novembre 2017 a donc valablement interrompu la prescription pour les indemnités journalières réclamées à compter du 10 novembre 2015. Celles relatives à la période antérieure (du 1^{er} septembre au 9 novembre 2015) sont quant à elle prescrites.

11. Il y a lieu d'examiner les répercussions de la résiliation du contrat de travail de la demanderesse sur l'éventuelle obligation de prêter de la défenderesse. La défenderesse soutient en effet qu'elle ne serait pas obligée de prêter après la résiliation des rapports de travail, la demanderesse ayant été licenciée durant le temps d'essai.

- a. À teneur de l'art. 335g al. 1 CO, pendant le temps d'essai, chacune des parties peut résilier le contrat de travail à tout moment moyennant un délai de congé de sept jours. Le temps d'essai ne peut dépasser trois mois (art. 335g al. 2 *in fine* CO).

Lorsque, pendant le temps d'essai, le travail est interrompu par suite de maladie, d'accident ou d'accomplissement d'une obligation légale incombant au travailleur sans qu'il ait demandé de l'assumer, le temps d'essai est prolongé d'autant (al. 3).

b. Dans un arrêt du 8 janvier 2011, le Tribunal fédéral a retenu que dans une assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA, le droit aux prestations ne dépend pas d'une affiliation, contrairement à l'assurance collective d'indemnités journalières selon les art. 67 LAMal. Partant, en l'absence de clauses conventionnelles limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture, l'assuré qui, après un événement ouvrant le droit aux prestations, sort d'une assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat, peut faire valoir son droit aux prestations également pour les suites de l'événement qui se produisent après l'extinction du rapport d'assurance (ATF 127 III 106 consid. 3).

La chambre de céans, dans un arrêt du 1^{er} octobre 2019 (ATAS/890/2019), a jugé que le demandeur, qui avait été licencié durant le temps d'essai, ne faisait pas partie du cercle des personnes assurées selon la police d'assurance perte de gain litigieuse, celle-ci couvrant uniquement aux employés ayant achevé leur temps d'essai. Elle a donc rejeté la demande en paiement pour ce motif (consid. 9b).

c. Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance. En effet, l'art. 100 LCA renvoie au droit des obligations, et partant, au CO. Lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante, le juge doit donc, comme pour tout autre contrat, recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la « réelle et commune intention des parties », le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices (art. 18 al. 1 CO) (arrêt du Tribunal fédéral 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 2.1). S'il ne parvient pas à établir avec certitude cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des contractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques (application du principe de la confiance : ATF 132 III 268 consid. 2.3.2). Ce faisant, le juge doit partir de la lettre du contrat et tenir compte des circonstances qui ont entouré sa conclusion (arrêt du Tribunal fédéral 5C.134/2002 du 17 septembre 2002 consid. 3.1). On s'en tiendra à l'usage général et quotidien de la langue, sous réserve des acceptions techniques propres au risque envisagé (ATF 118 II 342 consid. 1a). En outre, il est exclu d'interpréter de manière isolée les divers éléments du contrat ; chaque clause contractuelle doit être interprétée à partir du contrat dans son ensemble. Partant, lorsque les parties, dans le contrat d'assurance ou dans les conditions générales d'assurance qui en font partie intégrante, ont convenu de la définition à donner à un terme, c'est cette définition conventionnelle qui fait foi (arrêt du Tribunal fédéral non publié 5C.44/2004 du 21 mai 2004 consid. 2.1).

Lorsqu'un assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions ; lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi (ATF 135 III 410 consid. 3.2). La jurisprudence a nuancé le principe selon lequel il y aurait lieu de recourir à des règles d'interprétation uniquement si les termes de l'accord passé entre parties laissent planer un doute ou sont peu clairs. On ne peut ériger en principe qu'en présence d'un « texte clair », on doit exclure d'emblée le recours à d'autres moyens d'interprétation. Il ressort de l'art. 18 al. 1 CO que le sens d'un texte, même clair, n'est pas forcément déterminant et que l'interprétation purement littérale est au contraire prohibée. Même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire à première vue, il peut résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que le texte de ladite clause ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (ATF 127 III 444 consid. 1b).

Enfin, et de façon subsidiaire, lorsqu'il subsiste un doute sur leur sens, les dispositions exclusivement rédigées par l'assureur, ainsi les conditions générales pré-formulées, sont à interpréter en défaveur de leur auteur, conformément à la règle des clauses ambiguës (« *in dubio contra stipulatorem* » ; « *Unklarheitsregel* ») (ATF 122 III 118 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 3.1). Selon la jurisprudence et la doctrine, pour que cette règle trouve à s'appliquer, il ne suffit pas que les parties soient en litige sur la signification à donner à une déclaration ; encore faut-il que celle-ci puisse être comprise de différentes façons (« *zweideutig* ») et qu'il soit impossible de lever autrement le doute créé, faute d'autres moyens d'interprétation (ATF 118 II 342 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 56/03 du 2 décembre 2003 consid. 3.6). Il ne s'agit pas, au demeurant, de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré (ATF 126 V 499 consid. 3b).

d. En l'espèce, le contrat de travail de la demanderesse prévoyait un temps d'essai de trois mois. La demanderesse, qui a été engagée à compter du 16 février 2015, a cessé de travailler pour cause de maladie le 9 avril 2015. Elle n'avait alors pas encore accompli l'intégralité de son temps d'essai. Son licenciement est intervenu par courrier recommandé du jeudi 3 décembre 2015, soit durant le temps d'essai prolongé conformément à l'art. 335g al. 3 CO. Le courrier ayant été envoyé en recommandé et aucune des parties ne s'étant prononcée sur sa date de réception, la chambre de céans retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il a été reçu le lendemain par la demanderesse. Les relations de travail ont donc pris fin sept jours plus tard, à savoir le 11 décembre 2015.

Selon les CGA litigieuses, le droit à des prestations d'assurance expire pour les personnes assurées individuellement en cas de sortie du groupe des personnes assurées, lors de la cessation du rapport de travail avec le preneur d'assurance, sous réserve que la personne assurée ne perçoive à cette date aucune prestation de

l'assurance collective d'indemnités journalières du preneur d'assurance (art. 8.2 let. g CGA). L'obligation de verser des prestations complémentaires conformément à l'article 8.2 g ne s'applique pas en cas de fin des rapports de travail pendant la période d'essai ni s'ils étaient limités à trois mois au maximum (art. 8.3 CGA).

Contrairement à ce que soutient la demanderesse, l'art. 8 CGA, intitulé « fin de l'assurance », n'est pas rédigé de manière incompréhensible. Le fait que son premier paragraphe ait trait à la fin du contrat d'assurance collective, soit aux rapports entre l'assurance et le preneur d'assurance (l'employeur) et que son deuxième paragraphe se rapporte à l'expiration du droit aux prestations d'assurance pour les « personnes assurées individuellement » (à savoir les employés), ne le rend pas pour autant illisible. Si le terme « personnes assurées individuellement » est effectivement quelque peu insolite dans une assurance perte de gain collective, l'on comprend bien qu'il se réfère aux employés couverts par ladite assurance.

Il est par ailleurs parfaitement compréhensible, à la lecture de l'art. 8.2 et 8.3 CGA, que le droit à des prestations d'assurance expire en cas de licenciement, à moins que la personne assurée ne reçoive à cette date des indemnités journalières (art. 8.2 let. g CGA). Cette exception ne s'applique toutefois pas en cas de licenciement pendant la période d'essai (art. 8.3 CGA), de sorte que dans ce cas, le droit à des prestations cesse après le licenciement.

Enfin, il ne ressort pas de la lecture de l'art. 8.2 let. f CGA que seul l'épuisement du droit aux prestations mettrait fin à la couverture : l'épuisement du droit aux prestations constitue l'un des cas, listés à l'art. 8.2 CGA, dans lesquels le droit à des prestations d'assurance expire pour les « personnes assurées individuellement ».

Au vu de ce qui précède, lesdites conditions d'assurance ne souffrent pas d'ambiguïté, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les interpréter selon la règle *in dubio contra stipulatorem*, comme le suggère la demanderesse.

Dans le cas d'espèce, les CGA comprennent donc expressément une clause supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture, au sens de l'ATF 127 III 106 susmentionné : les employés qui sont en période probatoire ont droit à des prestations d'assurance, mais la couverture cesse à l'expiration du délai de congé en cas de licenciement pendant le temps d'essai. En l'espèce, la demanderesse aurait donc potentiellement droit à des prestations au plus tard jusqu'au 11 décembre 2015.

12. Il convient à présent de déterminer si la défenderesse était légitimée à refuser de prêter du 1^{er} septembre au 11 décembre 2015, étant rappelé que les prétentions de la demanderesse antérieures au 10 novembre 2015 sont prescrites. Celle-ci soutient que la demanderesse aurait violé les obligations contractuelles découlant du contrat d'assurance en ne consultant pas un médecin spécialiste en psychiatrie.

- a. Aux termes de la police d'assurance collective d'indemnité journalière produite par la défenderesse, les employés bénéficient d'une indemnité journalière à

concurrence de 80 % du salaire, après un délai d'attente de 30 jours, payable durant 730 jours.

Selon les conditions complémentaires d'assurance (ci-après : CPA), l'assurance indemnités journalières LCA couvre la perte de revenu fondée survenant suite à une incapacité de travail due à une maladie, pour autant que ce risque soit assuré, ou à un accident (art. 1.1 CPA). La maladie est définie comme toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique d'un individu, laquelle ne fait pas suite à un accident et exige un examen ou un traitement médical ou entraîne une incapacité de travail (art. 6.1 CGA).

Pour le travailleur assuré individuellement, l'assurance débute le jour du début de l'engagement, mais au plus tôt à la date de début du contrat (art. 7.3 CGA).

Les art. 20 et ss. CGA définissent les obligations en cas de sinistre : une incapacité de travail doit être signalée à l'assurance par écrit au plus tard dans les cinq jours suivant le terme du délai d'attente convenu par contrat. Une attestation d'incapacité de travail délivrée par le médecin, le dentiste ou le chiropraticien doit être envoyée dans un délai supplémentaire de trois jours (art. 20.1 CGA). La preuve de l'incapacité de travail doit être apportée par la personne assurée. Sans preuve correspondante, il n'existe pas de droit à des prestations d'assurance. La persistance de l'incapacité de travail de la personne assurée doit être attestée par écrit, périodiquement, en principe de mois en mois, par le médecin, dentiste ou chiropraticien traitant à l'attention de l'assurance. Celle-ci peut exiger en tout temps des attestations à intervalles plus ou moins longs. L'assurance est également en droit de demander en tout temps à la personne assurée une attestation de l'incapacité de travail par un spécialiste particulièrement qualifié (art. 20.2 CGA). Les personnes assurées doivent entreprendre tout ce qui favorise leur guérison et éviter ce qui la retarde. Elles doivent notamment respecter les prescriptions des médecins traitants et du personnel soignant. Les personnes assurées doivent également respecter dans la mesure de ce qui peut être raisonnablement exigé la prescription d'une thérapie déterminée ou d'un traitement médical ou d'autres instructions de l'assurance (art. 20.3 CGA).

L'art. 21 CGA a trait à la violation des obligations : les prestations d'assurance sont temporairement ou durablement réduites, voire déniées dans certains cas graves, si la personne assurée viole les obligations ou devoirs imposé(e)s par les CGA ; ceci est particulièrement valable si la personne assurée se soustrait ou s'oppose à un traitement acceptable qui promet une amélioration de la capacité de gain ou une insertion professionnelle, ou si la personne assurée ne contribue pas à ce qui est raisonnable pour elle (art. 21.1 CGA). Ces pertes de droit n'interviennent pas si la violation d'obligation doit être considérée comme involontaire selon les circonstances (art. 21.2 CGA).

L'art. 22 CGA définit l'obligation de diminuer le dommage de l'assuré : une personne en incapacité d'exercer son activité professionnelle initiale est tenue, sur

invitation écrite de l'assurance, de chercher un emploi dans une autre branche dans un délai de quatre mois, ou de s'annoncer auprès de l'assurance-chômage ou de l'assurance-invalidité (art. 22.1 CGA). Si la capacité de travail résiduelle n'est pas exploitée, on calcule l'indemnité journalière en tenant compte de la capacité de travail résiduelle (art. 22.2 CGA). Faute d'annonce auprès de l'assurance-chômage ou de l'assurance-invalidité, l'indemnité journalière est calculée en tenant compte des prestations qui devraient être versées par ces assurances et de la capacité de travail résiduelle (art. 22.3 CGA).

b. Dans un arrêt du 15 décembre 2016 (ATAS/1050/2016), confirmé par arrêt du Tribunal fédéral 4A_42/2017 du 29 janvier 2018, la chambre de céans a admis une demande dirigée contre un assureur qui avait refusé de prester, considérant que le demandeur était apte à reprendre le travail sur la base d'un avis extrêmement sommaire et non motivé de son médecin-conseil, qui s'était uniquement prononcé sur dossier et n'avait pas fait usage de son droit de faire examiner le demandeur par un médecin de son choix. La chambre de céans avait considéré qu'au vu du caractère extrêmement sommaire des avis du médecin-conseil et de l'absence d'examen du demandeur par ce dernier, aucune valeur probante ne pouvait leur être attribuée pour mettre en doute les attestations du médecin-traitant. Elle a par ailleurs retenu que, si l'assureur jugeait que les certificats du médecin traitant étaient insuffisants, elle aurait dû s'adresser directement à celui-ci pour obtenir une motivation plus détaillée des causes de l'incapacité de travail et des limitations fonctionnelles précises. Ayant omis de le faire, elle ne pouvait opposer au demandeur le caractère sommaire de ces certificats, lesquels devaient être considérés comme suffisants au sens des CGA (consid. 10).

c. En l'espèce, l'employeur de la demanderesse a annoncé la maladie de son employée à la défenderesse le 4 mai 2015. Invitée par cette dernière, le 19 mai 2015, à lui transmettre un rapport, la Dresse D_____ s'est exécutée le 1^{er} juin 2015, indiquant qu'elle retenait le diagnostic de dépression depuis le début du mois d'avril, et que sa patiente était en incapacité totale de travail. Des indemnités journalières ont ainsi été versées à compter du 17 mai 2015. Des certificats d'arrêts de travail ont par la suite été régulièrement établis par cette médecin, de même que par la Dresse E_____. Dans un rapport du 29 août 2015, la Dresse D_____ a confirmé son diagnostic et l'incapacité de travail de sa patiente.

Sans demander de complément d'information à ce médecin, et sans donner la moindre explication, la défenderesse a cessé de verser des indemnités journalières le 1^{er} septembre 2015. Le 22 décembre 2015, la défenderesse a sollicité un autre rapport de la Dresse E_____, nouvelle médecin traitante de la demanderesse. Celle-ci a posé le diagnostic de dépression sévère d'origine exogène le 27 décembre 2015.

Ce n'est qu'après avoir été mise en demeure de prester le 24 décembre 2015 que la défenderesse a, pour la première fois, émis une critique relative à un rapport médical : dans son courrier du 21 janvier 2016, elle a indiqué qu'elle reprochait au

rapport de la Dresse E_____ de ne pas préciser le code ICD-10 correspondant au diagnostic retenu. La Dresse E_____ a ainsi apporté cette mention sur ce courrier. Malgré cette précision, et sans se référer à un avis médical contraire, la défenderesse a indiqué, les 23 mars et 20 octobre 2016, avoir la conviction que la demanderesse était pleinement apte au travail.

Dans la mesure où la demanderesse n'est pas éligible à percevoir des indemnités journalières au-delà du 11 décembre 2015, il n'est pas nécessaire d'évaluer la valeur probante des rapports médicaux portant sur les périodes ultérieures.

Lors de l'audience du 16 avril 2019, tant la Dresse D_____ que la Dresse E_____ ont confirmé leurs diagnostics, la médication prescrite et l'incapacité de travail de la demanderesse. Au mois de décembre 2015, la Dresse E_____ a conseillé à sa patiente de consulter un psychiatre, mais devant le refus de cette dernière, elle n'avait pas insisté, ne sentant pas sa patiente en danger. De son côté, la défenderesse a produit une note non datée, prétendument rédigée par le Dr F_____. Or, il semble qu'il s'agisse plutôt d'une note rédigée par le gestionnaire du dossier. En effet, cette note porte la mention « gesprochen mit Dr F_____ », soit « discuté avec le Dr F_____ ». Par ailleurs, lors de l'audience de comparution personnelle, la défenderesse a expressément indiqué que le Dr F_____ n'avait rédigé aucun rapport et qu'il s'était vraisemblablement entendu avec le gestionnaire en charge du dossier.

Il ressort de ce qui précède que la demanderesse a pleinement rempli son obligation en cas de sinistre découlant de l'art. 20.1 CGA : elle a transmis à la défenderesse une attestation d'incapacité de travail délivrée par ses médecins traitants et des rapports décrivant plus précisément le diagnostic ainsi que les causes de l'incapacité de travail.

De son côté, la défenderesse n'a pas fait usage du droit, prévu à l'art. 20.2 CGA, de demander une attestation de l'incapacité de travail par un spécialiste particulièrement qualifié. Elle n'a pas non plus exigé de la demanderesse qu'elle suive une thérapie déterminée ou un traitement médical spécifique, et ne lui a donné aucune autre instruction, comme le prévoit l'art. 20.3 CGA.

Dans ces circonstances, le fait que les premiers rapports ne contiennent pas de référence à la classification ICD-10 ne saurait justifier la cessation des versements, ce d'autant moins que dès que la défenderesse a demandé cette précision, la Dresse E_____ l'a ajoutée à son rapport. Au vu de la durée maximale du versement des prestations à laquelle la demanderesse peut prétendre (environ sept mois, de mai à décembre 2015), la défenderesse ne saurait non plus reprocher à cette dernière de n'avoir pas consulté de médecin-psychiatre. Elle ne le lui a d'ailleurs, comme susmentionné, jamais demandé. À cet égard, elle n'a produit aucun rapport médical contredisant l'avis de médecins-traitant de l'assurée sur son incapacité de travail. La « note » prétendument rédigée par le Dr F_____, mais

vraisemblablement plutôt établie par un « case manager » après discussion avec ce dernier, ne saurait se voir accorder la moindre valeur probante.

Par conséquent, les rapports des médecins traitants de la demanderesse doivent être considérés comme suffisants au sens des CGA pour fonder l'obligation de prester de la défenderesse du 1^{er} septembre au 11 décembre 2015.

Il sied enfin de relever que l'absence de dépôt, par la demanderesse, d'une demande de prestations AI ne saurait lui être opposée en l'espèce, étant donné la période maximale de sept mois durant laquelle elle pouvait prétendre au versement d'indemnités journalières.

d. Les prétentions de la demanderesse antérieures au 10 novembre 2015 étant prescrites, il convient à présent de calculer la somme lui étant due pour son incapacité totale de travail du 10 novembre au 11 décembre 2015, soit durant 32 jours. Le salaire annuel prévu par le contrat étant de CHF 78'000.-, l'indemnité journalière s'élève à 80 % de ce montant, divisé par 365, soit $62'400 : 365 = 170.96$. La somme due à la demanderesse est dès lors de $\text{CHF } 170.96 \times 32 = \text{CHF } 5'470.70$.

13. La demanderesse réclame enfin des intérêts moratoires de 5 % dès le 1^{er} juillet 2016.

a. Les conséquences de l'exigibilité des prestations se déterminent d'après le droit des obligations, par renvoi de l'art. 100 LCA (Olivier CARRE, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Lausanne 2000, p. 301). Selon l'art. 102 CO, le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier (al. 1). Lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (al. 2). L'écoulement du délai de quatre semaines prévu à l'art. 41 LCA ne suffit pas à considérer que le jour d'exécution est expiré. En effet, l'art. 102 al. 2 CO exige une convention entre les parties afin de fixer le jour de l'exécution, alors que le délai de quatre semaines repose sur la loi. De plus, le terme de l'obligation ne peut être déterminé avec précision puisqu'on ne peut savoir à l'avance quand ce délai de quatre semaines commence à courir, le point de savoir si l'assureur dispose de tous les documents étant sujet à interprétation. Ainsi, la doctrine majoritaire considère qu'une interpellation est nécessaire pour que l'assureur soit en demeure (Jürg NEF, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], 2001, n. 20 ad art. 41). L'interpellation doit décrire la prestation à effectuer de manière suffisamment précise pour que le débiteur puisse reconnaître ce que le créancier exige. Si la prestation est pécuniaire, le montant doit en principe être chiffré (ATF 129 III 535 consid. 3.2.2). À défaut d'une telle interpellation, l'intérêt moratoire n'est dû, en cas d'ouverture d'une action en justice, que dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (arrêt du Tribunal fédéral 5C.177/2005 du 25 février 2006 consid. 6.1). Le taux de l'intérêt moratoire s'élève

à 5%, conformément à l'art. 104 al. 1 CO. L'intérêt moratoire est fixé à 5% conformément aux art. 102 et 104 CO applicables par renvoi de l'art. 100 LCA.

b. En l'espèce, la demanderesse a mis pour la première fois la défenderesse en demeure de prester le 24 décembre 2015. Dès lors qu'en application de la maxime de disposition (art. 58 CPC), la chambre de céans ne peut statuer *ultra petita*, seule la date du 1^{er} juillet 2016 pourra être retenue. La demanderesse a dès lors droit à des intérêts moratoires de 5 % sur la somme de CHF 5'470.70 dès le 1^{er} juillet 2016.

14. Au vu de ce qui précède, la demande est partiellement admise.

a. Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais comprenant les dépens (art. 96 CPC en relation avec l'art. 95 al. 3 let. b). À Genève, le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC - E 1 05.10) détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC).

b. La demanderesse, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, la défenderesse est condamnée à lui verser une indemnité de CHF 1'360.- à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 106 al. 1 CPC ; art. 20 à 26 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] ; art. 84 et 85 du RTFMC).

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. L'admet partiellement.
3. Condamner la défenderesse à verser à la demanderesse la somme de CHF 5'470.70 avec intérêts à 5 % dès le 1^{er} juillet 2016.
4. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse une indemnité de CHF 1'360.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14), sans égard à sa valeur litigieuse (art. 74 al. 2 let. b LTF). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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