RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3834/2021 **ATAS/978/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 décembre 2023

Chambre 15

En la cause

A_____ demandeur
représenté par Me Caroline RENOLD

contre

SWICA ASSURANCE-MALADIE SA défenderesse

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente ; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le demandeur), né en 1965, a une formation d'installateur et d'électricien.

b. L'assuré a travaillé pour la société anonyme B_____, agence intérimaire qui lui confiait des missions de durée déterminée auprès de différentes entreprises. Après un engagement qui s'est achevé le 31 octobre 2018, il a en dernier lieu accompli une mission auprès d'une entreprise d'électricité à Genève dès le 12 novembre 2018. À ce titre, il bénéficiait d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, conclue par son employeur avec SWICA ASSURANCE-MALADIE SA (ci-après l'assurance ou la défenderesse).

B. **a.** L'assuré a été en incapacité de travail totale dès le 11 juin 2019.

b. Dans un rapport du 1er août 2019 à l'assurance, la docteure C_____ a mentionné sous raison de l'incapacité de travail un accident vasculaire cérébral (AVC) en 2005 et une épilepsie, une sarcoïdose en 2012 et une dépression en 2016. Dans l'anamnèse, elle a répété qu'en 2016, l'assuré avait connu une dépression réactionnelle. À la question « Est-ce que ce diagnostic a déjà entraîné une incapacité de travail ? si oui pour quelles périodes », elle a répondu par l'affirmative, indiquant les dates 2012 à 2014, 2016 à 2018 et 2018 à 2019. Elle a rapporté des troubles de l'équilibre et de la parole, une fatigue générale et un stress.

c. Par courrier du 14 août 2019 à l'assuré, l'assurance a annoncé qu'elle mettrait un terme à ses prestations financières pour le 10 octobre 2019, au motif que l'affection dont il souffrait avait débuté avant son engagement. À la suite de ce courrier, la Dre C_____ a précisé le 22 octobre 2019 que l'état anxio-dépressif entraînant l'incapacité de travail était une pathologie récente. La mention de sa survenance en 2016 dans son premier rapport relevait d'une erreur de plume. À réception de cette correspondance, l'assurance a annoncé à l'assuré par courrier du 21 novembre 2019 qu'elle reprenait le versement des indemnités journalières.

d. Dans un rapport établi en août 2019 à l'attention de l'assurance-invalidité à la suite d'une demande de prestations de l'assuré, la Dre C_____ a mentionné une incapacité de travail totale depuis juin 2019 et des troubles de la mémoire, une confusion, des douleurs neuropathiques, une asthénie et des chutes. Elle a posé les diagnostics d'asthénie, de perte de la force musculaire, de vertiges, et de troubles de la mémoire et de l'équilibre, présents depuis 2018.

e. L'assurance a mis en œuvre un examen de l'assuré auprès du docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans son rapport du 30 janvier 2020, ce dernier a noté dans l'anamnèse une incapacité de travail en 2005-2006 à la suite d'un AVC ayant nécessité deux interventions chirurgicales, une épilepsie de type grand mal dès 2005, bien contrôlée par le traitement médicamenteux, une sarcoïdose dès 2012, une chirurgie thoraco-abdominale d'ablation de nodules sarcoïdiens en

2017, un syndrome d'apnées du sommeil dès 2017, et une symptomatologie dépressive avec impulsivité verbale dans les suites de l'AVC. L'assuré avait eu un suivi psychiatrique dès 2006. Son tableau clinique était compatible avec un diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F 41.2), lequel n'altérait pas la capacité de travail de l'assuré.

f. Par lettre du 13 février 2020, l'assurance a annoncé à l'assuré qu'elle cesserait de servir les indemnités journalières au 23 février 2020, sa capacité de travail étant entière dès cette date.

g. Un bilan psychométrique réalisé le 25 juillet 2020 par Madame E_____, neuropsychologue, en raison de troubles cognitifs d'aggravation fluctuante, a révélé des résultats témoignant de difficultés importantes et durables sur les plans attentionnel et exécutif. L'assuré était très ralenti pour son âge. Il présentait aussi une fatigabilité cognitive excessive face à l'effort et une mémoire de travail peu opérante. Cet état cognitif ne semblait pas compatible avec une reprise du travail sans aménagements importants de son poste.

h. Dans un questionnaire du 19 octobre et un rapport du 17 novembre 2020, la Dre C_____ a mentionné les atteintes à la santé suivantes : épilepsie (2019), vertiges et pertes d'équilibre, troubles de la parole et de l'attention, dépression et asthénie physique. Elle n'était pas d'accord avec le Dr D_____ sur la pleine capacité de travail retenue et sur le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, il s'agissait d'une dépression réactionnelle à la situation. Une insécurité physique existait sur les chantiers.

C. **a.** Le 9 novembre 2021, l'assuré a déposé une demande en paiement à l'encontre de l'assurance devant la chambre de céans. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à la tenue d'une audience de débats principaux, à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire ; et principalement à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser la somme de CHF 63'248.- avec intérêts à 5% dès la date moyenne, soit le 23 octobre 2020, sous réserve d'amplification au moment du jugement. Selon la police d'assurance, en cas de maladie, des indemnités journalières étaient versées durant 730 jours à hauteur de 80% du salaire. Le demandeur a allégué souffrir d'un trouble anxio-dépressif et de troubles neurologiques entraînant une incapacité de travail persistant à ce jour, alors que la défenderesse, se fondant sur l'expertise privée du Dr D_____, considérait sa capacité de travail entière dès le 23 février 2020. Il a contesté la valeur probante de cette expertise, qui relevait d'une simple allégation de partie et était lacunaire. La défenderesse avait en outre simplement ignoré l'incapacité de travail liée aux troubles neurologiques depuis juin 2019. L'incapacité de travail du demandeur était confirmée par les certificats de la Dre C_____ et de Mme E_____. Une expertise neurologique devait être mise en œuvre. Les deux atteintes ayant débuté alors que le demandeur était assuré, la défenderesse devait prester jusqu'au 10 juin 2021, date de l'épuisement du droit aux prestations. Les indemnités journalières de CHF 134.- devaient être versées du 24 février 2020 au 10 juin 2021, soit durant

472 jours, ce qui correspondait à un montant de CHF 63'248.- portant intérêts à 5% dès le 6 mars 2020, soit à la date de réception de l'interpellation de la défenderesse par le demandeur, et dès leur date d'échéance pour les prestations suivantes.

b. Dans sa réponse du 21 décembre 2021, la défenderesse a conclu au rejet de la demande. Elle a relevé que la période du 24 février 2020 au 10 juin 2021 comptait 473 jours. Aussi, la période de 472 jours se terminait le 9 juin 2021. Pour contester la valeur probante de l'expertise, le demandeur alléguait son caractère lacunaire du fait qu'elle n'examinait pas les troubles somatiques, tels que les difficultés de concentration, les pertes d'équilibre et de concentration. Les troubles avancés par la Dre C_____ et Mme E_____ pour retenir une incapacité de travail étaient d'ordre somatique. Or, le demandeur avait été traité avant la conclusion du contrat pour des troubles neurologiques, pour dépression et pour trouble anxieux et dépressif mixte. Ces troubles étaient ainsi antérieurs à son engagement. En vertu de la police d'assurance, l'incapacité de travail imputable à des rechutes d'affections pour lesquelles l'assuré avait été traité avant la conclusion de l'assurance donnait lieu au versement de prestations durant une période limitée à six semaines pour une activité salariée ininterrompue auprès de l'employeur actuel jusqu'à douze mois, conformément au barème prévu. En versant 258 indemnités journalières, la défenderesse avait largement dépassé cette durée, et elle n'avait ainsi plus aucune indemnité à verser.

La défenderesse a notamment allégué qu'aux termes d'un rapport adressé à l'assurance-invalidité dans le cadre d'une première demande de prestations du demandeur, le docteur F_____, psychiatre, avait indiqué suivre ce dernier depuis le 3 mars 2014 pour un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) ayant une incidence sur la capacité de travail depuis 2002. L'incapacité de travail était totale depuis le 17 septembre 2016. Les antécédents médicaux étaient un abcès cérébral en 2005, une épilepsie secondaire, une sarcoïdose en rémission, une lombosciatalgie et un syndrome anxio-dépressif. Elle a ajouté que dans un second rapport du 3 septembre 2019, le Dr F_____ avait attesté une capacité de travail de 100% dès le 16 août 2018.

c. Par réplique du 1er mars 2022, le demandeur a persisté dans ses conclusions. L'expertise du Dr D_____, manifestement lacunaire, n'était pas un moyen de preuve. En revanche, l'expertise de la G_____ (G_____) que l'assurance-invalidité avait mise en œuvre dans le cadre de sa seconde demande de prestations, devait se voir reconnaître la valeur de titre. Cette expertise contredisait également les rapports du Dr F_____. Elle concluait à une sarcoïdose comme cause principale de l'incapacité de travail du demandeur. Or, une neurosarcoïdose avait été écartée en 2020 par le Service de neurologie de l'hôpital de Lyon. Cette atteinte n'avait pas non plus été diagnostiquée en 2016 selon l'expertise mise en œuvre à l'époque par l'assurance-invalidité, qui n'avait alors pas retenu de diagnostic psychiatrique évolutif. Ainsi, il s'agissait d'une

nouvelle atteinte et non d'une rechute, si bien que le barème invoqué par la défenderesse n'était pas applicable. En 2021, les symptômes du registre anxieux constatés lors de l'expertise dépassaient le diagnostic du trouble anxieux dépressif retenu par le Dr F_____ et conduisaient à retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F 32.1). Aussi, le diagnostic psychiatrique était manifestement distinct et nouveau, si bien qu'il ne s'agissait pas non plus d'une rechute. Le demandeur a précisé que l'assurance-invalidité avait rendu un projet de décision retenant une incapacité totale de travail depuis juin 2019.

Le demandeur a notamment produit un extrait du rapport d'expertise de la G_____ établi le 18 octobre 2021 par les docteurs H_____, I_____, J_____, K_____, respectivement spécialistes FMH en rhumatologie, médecine interne, psychiatrie et neurologie, et Madame M_____, spécialiste en neuropsychologie, ainsi que l'expertise de cette même clinique du 15 mars 2016.

d. Par duplique du 5 avril 2022, la défenderesse a persisté dans ses conclusions. Les rapports d'expertise de la G_____ révélaient qu'une sarcoïdose ganglionnaire était survenue en 2012. Le demandeur avait subi une incapacité de gain en raison de cette atteinte avant la conclusion du contrat d'assurance, de sorte que le risque assuré était survenu avant la conclusion du contrat. Or, le demandeur arguait que ce diagnostic était la cause principale de son incapacité de travail, ce qui était également retenu par le rapport du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) du 8 novembre 2021, qui concluait que l'atteinte était une sarcoïdose thoracique active. Un éventuel nouveau diagnostic ou la péjoration récente de la sarcoïdose n'étaient pas couverts. La défenderesse n'était plus tenue selon la police et ses conditions générales d'assurance (CGA) de verser des indemnités journalières. Par surabondance, compte tenu du versement depuis le 1er juin 2020 d'une rente par l'assurance-invalidité, la défenderesse serait en toute hypothèse uniquement tenue de compléter cette prestation jusqu'à concurrence de l'indemnité journalière assurée. La rente ordinaire d'invalidité étant de CHF 770.- (CHF 550.- + CHF 220.-), les montants versés à ce titre de CHF 9'240.- de juin 2020 à mai 2021 et de CHF 231.- correspondant à la rente au *pro rata temporis* du 1er au 9 juin 2021, soit en tout CHF 9'471.-, devaient être déduits, ce qui portait la valeur litigieuse à CHF 53'777.-.

e. La chambre de céans a tenu une audience le 13 décembre 2022, lors de laquelle elle a rendu une ordonnance de preuves demandant la production par le demandeur du rapport d'expertise complet du 18 octobre 2021 et du rapport du service de neurologie de l'Hôpital de Lyon cité par la G_____. Elle a renoncé à ce stade à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et procédé à l'audition de la défenderesse.

Celle-ci a indiqué que selon son médecin-conseil, la neurosarcoïdose n'était pas une nouvelle atteinte. Elle avait versé 258 indemnités plutôt que de limiter ses prestations aux quatre mois indemnisables selon la police, comme elle l'avait décidé initialement, dans la mesure où elle avait connaissance d'un engagement

remontant 2014, sans connaître l'historique des missions du demandeur. Elle s'est prononcée sur les clauses de la police d'assurance, et notamment celle concernant les travailleurs temporaires.

Les parties ont renoncé à une audience de débats principaux et opté pour des plaidoiries écrites.

f. Le 9 mars 2023, le demandeur a transmis à la chambre de céans le tirage complet de l'expertise de la G_____ de 2021. Il n'avait en revanche pas pu obtenir le rapport de l'hôpital de Lyon cité par la G_____, ni le rapport de son médecin traitant. Il a invité la chambre de céans à se prononcer sur sa demande d'expertise.

g. Dans ses plaidoiries écrites du 12 septembre 2023, la défenderesse a persisté dans ses conclusions. Elle s'est référée à un avis du 11 juillet 2023 du docteur L_____, son médecin-conseil, produit à l'appui de son écriture, lequel indiquait que la sarcoïdose, diagnostiquée en 2012 était une maladie chronique. Les troubles somatiques du demandeur pour lesquels une incapacité de travail était attestée étaient tous antérieurs à la date d'entrée dans l'entreprise et au début du contrat d'assurance en novembre 2018, et n'étaient ainsi pas couverts. Par ailleurs, l'expertise du Dr D_____ devait se voir reconnaître valeur probante. Subsidiairement, la défenderesse a répété ne plus être tenue à verser des indemnités journalières, eu égard à la police et à ses CGA. L'activité salariée ininterrompue auprès du dernier employeur avait été exercée du 12 novembre 2018 au 22 juin 2019, soit durant sept mois. La durée maximale de versement des prestations se montait ainsi à quatre semaines, et c'était à tort que la défenderesse avait versé 258 indemnités journalières. Elle a derechef soutenu qu'en toute hypothèse, elle ne devrait verser que les indemnités journalières en complément à l'assurance-invalidité.

h. Dans ses plaidoiries écrites du 20 septembre 2023, le demandeur a soutenu que l'expertise de la G_____ retenait une incapacité de travail de 50% sur le plan psychique au moment de l'expertise en juin 2021, mais mentionnait des périodes d'aggravation notamment fin 2020 et début 2021. Cela corroborait l'existence d'une incapacité de travail totale sur le plan psychique pour la période litigieuse. L'expertise de la G_____ relevait également qu'en 2016, aucun diagnostic psychiatrique n'avait été retenu. Les brefs épisodes dépressifs antérieurs dont il était fait état étaient manifestement des épisodes réactionnels mineurs dans les suites d'un divorce en 2001 et d'un AVC en 2005, et non l'expression d'une pathologie psychique préexistante. S'agissant de l'atteinte neurologique, le demandeur a renvoyé à ses précédentes conclusions.

i. Ces écritures ont été communiquées aux parties par la chambre de céans le 29 septembre 2023.

j. Sur ce, 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 (LCA - RS 221.229.1).

1.1 Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA et les CGA dans leur édition 2012.

1.2 Aux termes de l'art. 31 CPC, le tribunal du domicile ou du siège du défendeur ou celui du lieu où la prestation caractéristique doit être exécutée est compétent pour statuer sur les actions découlant d'un contrat, étant précisé que l'art. 17 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. L'art. 18 CPC prévoit que sauf disposition contraire de la loi, le tribunal saisi est compétent lorsque le défendeur procède sans faire de réserve sur la compétence.

L'art. 36 CGA dispose que le preneur d'assurance et la personne assurée peuvent saisir à leur choix le for ordinaire ou celui de leur domicile en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein. On peut s'interroger sur le point de savoir si l'art. 36 CGA crée bien deux fors alternatifs pour l'assuré – en sus du for ordinaire de l'art. 31 CPC –, le premier au domicile ou siège du preneur d'assurance, le second au domicile de l'assuré, ou si aux termes de cette clause, le preneur d'assurance et l'assuré peuvent ouvrir action uniquement à leur propre domicile ou siège. Cette question peut néanmoins rester ouverte en l'espèce, dès lors que la défenderesse a procédé sur le fond sans réserves et a ainsi tacitement accepté le for à Genève.

1.3 Eu égard à ce qui précède, la compétence de la chambre de céans est établie tant à raison de la matière que du lieu.

2. La demande, déposée dans la forme prévue à l'art. 244 CPC, est recevable.

3. Le litige, tel que délimité par les conclusions de la demande, porte sur le droit du demandeur au versement d'indemnités journalières du 24 février 2020 au 10 juin 2021.

4. En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladie pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires qui relèvent de la liberté contractuelle des parties, hormis quelques dispositions impératives en matière d'indemnité journalière (ATF 124 V 201 consid. 3d). Le droit aux prestations d'assurances se détermine 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.253/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a). Si les parties sont convenues de

dispositions individuelles qui sont en contradiction avec les clauses générales, les premières priment sur les secondes (ATF 125 III 263 consid. 4b/bb ; ATF 123 III 35 consid. 2c/bb).

4.1 Aux termes de l'art. 13 CGA, si la personne assurée se trouve dans l'incapacité de travailler et que celle-ci est attestée médicalement, la défenderesse verse, dans la mesure où ladite incapacité est totale, l'indemnité journalière convenue dans le contrat, toutefois au maximum jusqu'à concurrence de la perte de gain établie (al. 1).

Selon l'art. 9 al. 1 let. a CGA, les maladies déclarées au moment de l'entrée dans l'entreprise ou au début du contrat d'assurance et privant la personne concernée de sa capacité de travail et de gain dans les limites de son taux d'emploi, à moins que la défenderesse ne soit tenue de maintenir une couverture d'assurance en vertu de la convention de libre passage entre assureurs.

L'art. 15 CGA dispose qu'une nouvelle incapacité de travailler due à la maladie est réputée être une rechute. L'atteinte à la santé sera considérée comme un nouveau cas de maladie si, jusqu'à la date de sa survenance, la personne assurée avait retrouvé sa pleine capacité de travailler dans les limites de l'horaire de travail convenu au cours d'une période ininterrompue de 365 jours au moins (al. 1). En cas de rechute, les jours d'incapacité de travail de 25% au moins correspondant aux périodes de maladie antérieures sont pris en considération comme suit: en cas de couverture d'assurance préexistante, les jours d'incapacité de travail sont imputés à la durée des prestations ainsi qu'au délai d'attente (let. a) ; en l'absence de couverture d'assurance, les jours sont imputés uniquement à la durée des prestations (let. b) (al. 2).

Dans les assurances collectives de perte de gain en cas de maladie, le Tribunal fédéral a considéré que le cas d'assurance est l'incapacité de travail causée par la maladie. Ce qui est assuré dans ce type de contrat est ainsi l'incapacité de travail imputable à une maladie, et le cas d'assurance ne survient ainsi pas déjà lors de la maladie (ATF 142 III 671 consid. 3.6 et 3.9).

4.2 La police d'assurance courant dès le 1er janvier 2019 conclue par la défenderesse et B_____ SA définit deux groupes d'assurés. Le groupe 1 comprend les travailleurs temporaires dont le salaire brut ne dépasse pas le maximum selon la Suva, qui sont soumis à une convention collective de travail étendue ou soumis obligatoirement à la prévoyance professionnelle et qui ne sont pas au bénéfice d'une rente de vieillesse de l'AVS. Pour ce groupe, la durée des prestations est de 730 jours par cas sous déduction du délai d'attente de deux jours par cas, l'indemnité journalière se montant à 80% du salaire assuré. En dérogation aux CGA, le salaire maximum assurable selon la loi sur l'assurance-accidents vaut comme salaire maximum.

Selon le chiffre 3.2 de ladite police, l'incapacité de travail imputable à la réapparition d'affections existantes (rechutes) et pour lesquelles l'assuré avait été

traité avant la conclusion de l'assurance donne lieu au versement de prestations conformément au barème suivant : la durée maximale du versement des prestations par cas de maladie est de quatre semaines pour une activité salariée ininterrompue auprès de l'employeur actuel jusqu'à six mois, de six semaines pour une activité salariée ininterrompue auprès de l'employeur actuel jusqu'à neuf mois, de deux mois pour une activité salariée ininterrompue auprès de l'employeur actuel jusqu'à douze mois, et de quatre mois pour une activité salariée ininterrompue auprès de l'employeur actuel jusqu'à cinq ans. Les prestations mentionnées sont couvertes pour autant que, lors de la première apparition de la maladie, l'assuré n'ait pas été assuré en Suisse pour une indemnité journalière en cas de maladie. La limitation de la durée des prestations s'applique également aux éventuels cas de rechute d'une affection pour laquelle la durée des prestations était limitée lors de la première apparition (en imputant les prestations déjà versées) (al. 1). En cas de rechute d'une affection pour laquelle l'assuré a préalablement bénéficié de prestations d'un assureur d'indemnités journalières pour maladie en Suisse - sans limitation de la durée des prestations selon l'alinéa 1 -, la défenderesse octroie les indemnités journalières pour une durée correspondant à la durée qui n'a pas été utilisée dans le cadre des prestations du cas initial (en imputant les prestations déjà versées) (al. 2). La durée des prestations pour des cas décrits à l'alinéa 2 ne peut pas dépasser 730 jours au total (première apparition et rechute) pour les assurés du groupe de personnes 1 et 60 jours au total pour des assurés du groupe 2 (al. 3).

5. Selon l'art. 8 du Code civil suisse (CC - RS 210), le demandeur doit prouver les faits qui fondent sa prétention, tandis que sa partie adverse doit prouver les faits qui entraînent l'extinction ou la perte du droit.

5.1 Seule une expertise judiciaire est un moyen de preuve au sens de l'art. 168 al. 1 let. d CPC. Cela étant, 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 et qu'une nouvelle expertise portant sur les mêmes questions doit être mise en œuvre lorsque l'expertise diligentée par un tiers ne résiste pas à la critique (ATF 140 III 24 consid. 3.3.1.3). Une expertise privée n'est en revanche pas un moyen de preuve mais une simple allégation de partie (ATF 141 III 433 consid. 2.5.2 et 2.5.3). Lorsqu'une allégation de partie est contestée de manière circonstanciée par la partie adverse, une expertise privée ne suffit pas à prouver une telle allégation. En tant qu'allégation de partie, une expertise privée peut,

combinée à des indices dont l'existence est démontrée par des moyens de preuve, amener une preuve. Toutefois, si elle n'est pas corroborée par des indices, elle ne peut être considérée comme prouvée en tant qu'allégation contestée (arrêt du Tribunal fédéral 4A_626/2015 du 24 mai 2016 consid. 2.5).

5.2 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

6. En l'espèce, le demandeur se fonde pour l'essentiel sur l'expertise de la G_____ pour établir son incapacité de travail au-delà du 23 février 2020.

6.1 Dans ce rapport du 18 octobre 2021, les médecins et la psychologue de la G_____ ont notamment relevé ce qui suit. La Dre J_____ a indiqué qu'elle avait déjà examiné l'assuré lors de l'expertise réalisée dans le cadre de la première demande de prestations de l'assurance-invalidité en 2016. Elle avait alors conclu à l'absence de tout diagnostic psychiatrique évolutif et s'accordait sur ce point avec l'assuré, qui envisageait à brève échéance une reprise d'activité professionnelle. Le tableau actuel était nettement différent. Les symptômes du registre anxieux dépassaient le diagnostic de trouble anxieux et dépressif retenu par le psychiatre traitant, en particulier l'anhédonie, la baisse de l'estime de soi, les pensées récurrentes de mort, la perturbation du sommeil, et conduisaient à retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F 32.1). Concernant la sarcoïdose, l'épisode survenu en 2013 avait été résolutif sous corticothérapie, au moins transitoirement. La situation actuelle s'était à nouveau dégradée. Eu égard à la fatigue, signe majeur de la sarcoïdose, et à l'imagerie thoracique récente confirmant la reprise de l'évolutivité de cette maladie, il était très probable qu'elle fut responsable de

l'importante dégradation de l'état de santé du demandeur. Les médecins ont conclu que l'évolutivité de la sarcoïdose, l'authenticité du syndrome dépressif actuel et la fatigue associée à ces deux diagnostics ne laissaient actuellement aucune ressource au demandeur pour une reprise du travail. L'incapacité de travail était totale depuis juin 2019. Les diagnostics évoqués par les experts, outre l'épisode dépressif moyen, étaient un trouble neuropsychologique léger à moyen, des crises comitiales, et une sarcoïdose thoracique active. Une neurosarcoïdose avait été écartée en 2020 par le service de neurologie de l'hôpital de Lyon, mais la confirmation de la reprise de la sarcoïdose conduisait à une très forte suspicion de neurosarcoïdose associée à l'atteinte pulmonaire évolutive, et des investigations supplémentaires étaient préconisées pour confirmer cette atteinte.

6.2 L'expertise de la G_____, qui constitue un moyen de preuve au sens de l'art. 168 CPC, est complète et détaillée. Elle repose sur des examens cliniques approfondis, réalisés après que les médecins ont pris connaissance du dossier du demandeur, et ses conclusions sont claires et motivées. Elle doit ainsi se voir reconnaître valeur probante.

La chambre de céans n'a ainsi pas de raison de s'écarter de l'appréciation de la G_____, selon laquelle la sarcoïdose et le trouble psychique du recourant entraînent depuis juin 2019 une incapacité de travail totale.

Dans ces circonstances, il est superflu d'analyser la force probatoire du rapport du Dr D_____. Par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1), la chambre de céans ne donnera pas non plus suite à la requête d'expertise neurologique du demandeur, faute de pertinence puisque ce volet a été investigué par les experts de la G_____ et que l'incapacité de travail admise par ceux-ci – dont se prévaut le demandeur pour asseoir ses prétentions – n'est pas liée à des troubles de cet ordre.

7. S'agissant de l'incidence des conclusions de la G_____ sur le droit aux indemnités journalières du demandeur, l'art. 3.2 de la police conclue par son ancien employeur limite comme on l'a vu la couverture lors de rechutes.

Cette disposition déroge ainsi à l'art. 15 CGA, lequel a pour effet de couvrir comme un nouveau cas d'assurance – sous réserve de l'imputation sur la durée des prestations – une incapacité de travail imputable à une maladie ayant déjà eu des répercussions sur la capacité de travail, pour autant qu'une période d'une année se soit écoulée depuis le dernier arrêt de travail. On précisera qu'une clause telle que l'art. 15 CGA est fréquente dans les conditions générales d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie (arrêt du Tribunal fédéral 4A_254/2019 du 6 avril 2020 consid. 4.3).

La défenderesse a déclaré lors de l'audience que l'art. 3.2 de la police est soumis à l'employeur lors de la conclusion du contrat, lequel en accepte la teneur et les conséquences.

La police s'écarte ainsi des CGA et restreint dans une mesure notable le droit aux indemnités journalières en cas d'incapacité de travail imputable à la réapparition d'une atteinte déjà traitée par le passé, quelle que soit la date à laquelle celle-ci s'est manifestée pour la dernière fois et indépendamment du fait qu'elle a ou non entraîné une incapacité de travail.

On doit ici rappeler que la validité d'une clause contenue dans des conditions générales préformulées est limitée par la règle dite de la clause insolite, laquelle soustrait de l'adhésion censée donnée globalement à des conditions générales toutes les clauses inhabituelles sur lesquelles l'attention de la partie la plus faible ou la moins expérimentée en affaires n'a pas été spécialement attirée (arrêt du Tribunal fédéral 4A_186/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.1 et les références). En particulier, cette règle peut trouver application lorsque la clause en question a pour effet de réduire drastiquement la couverture d'assurance, de telle sorte que les risques les plus fréquents ne sont plus couverts (arrêt du Tribunal fédéral 4A_152/2017 du 2 novembre 2017 consid. 4.3 et les références). On peut se demander si l'art. 3.2 de la police a un caractère insolite, d'une part, et, d'autre part, si la règle de la clause insolite peut s'appliquer à une disposition qui ne figure non pas dans les CGA, mais dans la police même. Ces questions peuvent cependant rester ouvertes ici, dès lors que même une réponse affirmative ne permettrait pas d'exclure l'application de l'art. 3.2 au cas d'espèce. En effet, même si le demandeur a un droit direct aux prestations d'assurance en vertu de l'art. 87 aLCA dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021, il n'est pas partie au contrat d'assurance. Partant, son contenu lui est opposable, et il ne peut se prévaloir de la règle de l'insolite, qui s'applique à l'adhésion globale par un cocontractant à des clauses inhabituelles contenues dans les conditions générales (arrêt du Tribunal fédéral 4A_179/2007 du 12 septembre 2007 consid. 4.1).

Le demandeur ne conteste du reste pas expressément l'application de l'art. 3.2 de la police, mais il soutient que les pathologies à l'origine de son incapacité de travail depuis juin 2019 ne relèvent pas de maladies déjà déclarées et qu'elles seraient des atteintes nouvelles. Il fait également valoir que son incapacité de travail est en lien avec des troubles neurologiques. Cette dernière allégation est toutefois contredite par l'évaluation consensuelle des experts de la G_____, qui imputent l'incapacité de travail à la sarcoïdose et l'état dépressif. S'agissant de la sarcoïdose, il ressort de l'anamnèse contenue dans l'expertise de 2021 que cette maladie est déjà apparue en 2012, ce que corroborent notamment les rapports du Dr F_____ et de la Dre C_____. Le fait que le demandeur ait connu une relativement longue période de rémission ne suffit pas à considérer que la sarcoïdose retenue par les experts G_____ est une nouvelle atteinte, ces derniers ayant d'ailleurs souligné son caractère évolutif et fait état d'une « reprise » de cette maladie.

Quant aux troubles psychiques entravant la capacité de travail selon les médecins de la G_____, que le demandeur affirme être sans lien avec les atteintes de cet

ordre qu'il a connues par le passé, qu'il qualifie d'épisodes dépressifs réactionnels mineurs, il ressort de l'anamnèse du rapport de la G_____ que celui-ci a subi une dépression avec tentative de suicide et hospitalisation durant trois mois en 2001, et qu'il a suivi un traitement antidépresseur en 2005. Le Dr F_____ a en outre mentionné une incapacité de travail de près de deux ans en rapport avec le trouble anxieux et dépressif mixte qu'il a diagnostiqué. Partant, l'ampleur des troubles psychiques du demandeur dans le passé ne saurait être minimisée. Il est vrai que le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F 32.1) posé par la Dre J_____ diffère de celui de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) retenu par le psychiatre traitant puis par le Dr D_____. On ne saurait toutefois en conclure qu'il s'agit d'un trouble totalement distinct, excluant la qualification de rechute. Il n'est en effet guère contestable qu'il s'agit là de troubles de même nature, quand bien même les symptômes et leur ampleur peuvent différer. À ce sujet, la jurisprudence cantonale a considéré qu'un épisode dépressif moyen en 2018 relevait de la même maladie qu'un épisode dépressif en 2001 et qu'un épisode dépressif grave avec symptômes psychotiques et trouble de la personnalité (F 61.0) diagnostiqués en 2015, de sorte que cet épisode dépressif moyen était une rechute (arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales de Zurich KK.2020.00007 du 23 novembre 2020 consid. 4.2 et 4.3, rendu dans une procédure portant sur le droit aux indemnités journalières en cas de maladie). On peut également se référer par analogie à la pratique en matière de prévoyance professionnelle. Dans ce domaine, le droit aux prestations d'invalidité est notamment subordonné à l'existence d'un lien de connexité matérielle entre l'invalidité et l'incapacité de travail survenue pendant les rapports de travail (cf. art. 23 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 [LPP - RS 831.40]). La jurisprudence a retenu un tel lien de connexité entre un trouble dysthymique apparu pendant les rapports de travail et une invalidité liée à un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2), une personnalité dépendante (F60.7) et un retard mental sans précision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_930/2011 du 14 décembre 2012). Elle a également admis une connexité matérielle entre des symptômes dépressifs apparus pendant les rapports de travail, qui n'ont toutefois atteint un degré moyen qu'après la fin de ceux-ci (arrêt du Tribunal fédéral 9C_484/2012 du 26 mars 2013 consid. 4.1). Ainsi, une aggravation de troubles psychiques de même nature ne suffit pas à exclure qu'ils constituent une rechute d'une précédente atteinte, quand bien même les diagnostics posés évoluent.

Dans ces circonstances, force est d'admettre que les atteintes justifiant l'incapacité de travail du demandeur depuis juin 2019 sont bien des rechutes de maladies traitées dans le passé. Elles tombent ainsi sous le coup de l'art. 3.2 de la police en cause. Partant, eu égard au barème prévu par ladite police, le droit du demandeur à des indemnités journalières est limité à six semaines au vu de l'activité qu'il a déployée durant quelque huit mois dans le cadre de sa dernière mission, soit du 12 novembre 2018 jusqu'à l'incapacité de travail survenue en juin 2019.

Dans la mesure où la défenderesse a presté jusqu'au 23 février 2020, elle a largement excédé ses obligations contractuelles.

Le demandeur ne peut dès lors pas prétendre à la poursuite du versement d'indemnités journalières après cette date.

8. La demande est rejetée.

La défenderesse, qui n'est du reste pas représentée, n'a pas droit à des dépens à la charge du demandeur (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]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Nathalie KOMAISKI	Marine WYSSENBACH

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