

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/522/2013

ATAS/1117/2013

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 19 novembre 2013**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame N\_\_\_\_\_, domiciliée à ONEX, comparant avec élection      Demanderesse  
de domicile en l'étude de Maître PETITAT Pierre-Bernard

contre

GENERALI ASSURANCES GENERALES SA, sise avenue      Défenderesse  
Perdtemps 23, NYON

---

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente.**

---

**EN FAIT**

1. Madame N\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1962, était employée en qualité d'aide-lingère chez X\_\_\_\_\_ (ci-après X\_\_\_\_\_ ) depuis le 1er avril 2009 moyennant un salaire brut annuel de 53'542 fr. 45. À ce titre, elle était au bénéfice d'une assurance perte de gain en cas de maladie souscrite par son employeur auprès de GENERALI ASSURANCES GENERALES SA (ci-après l'assureur).

L'assurée a été licenciée le 21 octobre 2011 pour le 31 janvier 2012, mais suite à une incapacité de travail survenue le 24 octobre 2011, le délai de résiliation a été suspendu et la fin des rapports de travail reportée.

2. Par courrier du 16 novembre 2011, l'assureur a invité l'assurée à s'adresser à l'office AI de son canton, au motif qu'elle présentait une incapacité de travail ininterrompue depuis le 12 juillet 2011.
3. Par courrier du 25 novembre 2011, l'assureur a demandé à l'assurée de se rendre le 5 décembre 2011 au cabinet de la Dresse A\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, en vue d'un examen, étant précisé que les frais d'un rendez-vous manqué sans excuse préalable seraient mis à sa charge.
4. Lors de son examen dans une "expertise" du 6 décembre 2011, la Dresse A\_\_\_\_\_ a recueilli les plaintes actuelles de l'assurée, retracé son anamnèse personnelle, décrit son status et posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (CIM-10; F32.11). Elle a également mentionné des difficultés liées à l'emploi (CIM-10; Z56), concluant que l'assurée souffrait, dans le cadre d'un conflit au travail, d'une symptomatologie dépressive et anxieuse. La Dresse A\_\_\_\_\_ a ajouté que la personnalité de l'assurée présentait probablement quelques traits histrioniques et qu'elle était actuellement dans l'incapacité de travailler. Il lui paraissait par ailleurs indispensable d'envisager une prise en charge intensive au Centre de Thérapies Brèves (CTB) des Charmilles et de procéder à des dosages médicamenteux des antidépresseurs et des benzodiazépines en vue de déterminer si l'hypersomnie et l'état titubant observés n'étaient pas dus à un surdosage.
5. Par courrier du 21 décembre 2011, l'assureur a à nouveau invité l'assurée à déposer une demande de prestations auprès de l'OAI.
6. Le 6 mars 2012, la Dresse A\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait été prise en charge au CTB des Charmilles à compter du 5 décembre 2012 et que son traitement médicamenteux avait été modifié dans l'intervalle. Elle a renouvelé les diagnostics de difficultés liées à l'emploi (CIM-10; Z56) et d'épisode dépressif moyen (CIM-10;

---

F32.11) en précisant que ledit épisode était en voie de rémission. Aussi a-t-elle conclu que les symptômes dépressifs et anxieux s'étaient nettement améliorés depuis décembre 2011 avec un passage de 22 à 10 sur l'échelle de dépression de Hamilton et de 84 à 64 pour "l'évaluation de l'angoisse par la patiente selon Sheehan". Elle a ajouté qu'en accord avec la Dresse B\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée, qu'elle avait contactée le jour-même, il fallait envisager une reprise d'activité à 100% pour le 30 avril 2012.

7. Par courrier du 5 avril 2012, l'assureur a informé l'assurée que sur la base des divers renseignements médicaux en sa possession, il retenait une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle à partir du 1er mai 2012.
8. L'assureur a dès lors supprimé le versement des indemnités journalières à compter de cette date.
9. Par courrier du 24 avril 2012, la Dresse B\_\_\_\_\_ a signalé au Dr C\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'assureur, que l'état de santé de l'assurée commençait certes à s'améliorer progressivement lors de son rendez-vous avec l'expert, mais qu'il paraissait prématuré d'envisager une reprise à 100% à partir du 1er mai 2012. La Dresse B\_\_\_\_\_ a précisé qu'en apprenant la reprise prévue, l'assurée avait présenté une forte symptomatologie anxieuse et dépressive. Cet état avait nécessité son admission en urgence au CTB Servette où elle s'était fait prescrire un traitement anxiolytique qui avait permis de réduire transitoirement la symptomatologie anxieuse et son retour à domicile. La Dresse B\_\_\_\_\_ - a ajouté que ces événements s'étaient produits durant ses propres vacances et qu'à son retour, elle avait pu constater que l'assurée était à la limite de l'hystérie en raison d'une forte angoisse avec agitation psychomotrice et qu'elle tenait des propos suicidaires. Par ailleurs, la Dresse B\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il lui paraissait prématuré d'envisager une reprise dès le 1<sup>er</sup> mai 2012.
10. Le 30 avril 2012, les rapports de travail entre X\_\_\_\_\_ et l'assurée ont pris fin.
11. Par attestation du 21 mai 2012, le Dr D\_\_\_\_\_, médecin interne auprès du Département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, a certifié que l'assurée était suivie au CTB de la Servette en raison d'une aggravation de son état psychique dans le contexte de difficultés professionnelles, qu'elle présentait des tremblements des membres inférieurs, de l'anxiété, une symptomatologie dépressive, un état de tension interne et des idées suicidaires. Enfin, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était incompatible avec une reprise du travail et qu'il nécessitait un arrêt de travail à 100% pendant une période encore indéterminée.
12. Par courrier du 11 juin 2012, l'assurée, représentée par l'ASSUAS, a invité l'assureur à reprendre le versement des indemnités journalières en se fondant sur les

---

rapports rendus par les Drs B\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. Elle a rappelé que ces documents indiquaient que son incapacité de travail était toujours d'actualité.

13. Par courrier du 14 juin 2012, l'assureur a fait savoir à la représentante de l'assurée qu'aucun élément médical nouveau n'avait eu lieu depuis l'expertise réalisée par la Dresse A\_\_\_\_\_ et qu'en conséquence, elle maintenait sa position exprimée le 5 avril 2012.
14. En réponse à une série de questions posées par l'assurée, les Drs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ ont attesté dans un rapport daté du 26 juin 2012 que celle-ci était suivie par le CTB depuis le 9 mai 2012, qu'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) ainsi qu'un trouble obsessionnel-compulsif, avec idées ou ruminations obsédantes (F42.0) avaient été diagnostiqués et que l'évolution était pour le moment défavorable, la patiente présentant des idées suicidaires persistantes malgré le traitement actuel. Réservant leur pronostic sur l'évolution future, ces praticiens ont précisé que l'état de l'assurée nécessitait des soins ambulatoires intensifs et qu'elle avait dormi au CTB le week-end du 22 au 24 juin 2012 en raison d'idées de défenestration très intenses et d'un état de stress aigu.

Les Drs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ ont ajouté qu'actuellement, la capacité de travail de l'assurée était de 0% dans un travail de lingerie ou une autre profession et qu'au vu de l'état clinique actuel, ils ne comprenaient pas les conclusions de la Dresse A\_\_\_\_\_, précisant que les symptômes dépressifs et anxieux ne s'étaient certainement pas améliorés, l'assurée présentant une anxiété envahissante, des ruminations permanentes et des idées suicidaires quotidiennes. Aussi ont-ils considéré qu'il était nécessaire que l'assurée poursuive les soins au CTB.

15. Dans un rapport du 26 juin 2012, la Dresse B\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle avait noté une amélioration progressive de l'état de santé de l'assurée dès mars 2011, concomitante avec un projet de voyage dans son pays, mais que peu avant son départ, elle avait reçu le courrier de l'assureur du 5 avril 2012 lui annonçant la fin de la prise en charge de son cas, ce qui avait provoqué une rechute. De même, la Dresse B\_\_\_\_\_ a précisé qu'une fois de retour de voyage, l'assurée s'était montrée très anxieuse et qu'en raison de la "rechute de symptômes dépressifs", la mise en place d'un suivi de crise en lieu et place du soutien auprès du CTB avait été décidée. Par ailleurs, la Dresse B\_\_\_\_\_ a répété que même si l'état de santé de l'assurée commençait à s'améliorer progressivement lors de son rendez-vous avec la Dresse A\_\_\_\_\_, une reprise du travail à 100% dès le 1er mai lui paraissait prématurée, l'assurée restant instable, fragile et sensible aux facteurs de stress environnants. S'agissant enfin du travail de l'assurée dans une lingerie, la Dresse B\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle ne voyait pas de contre-indications ultérieures une fois l'état psychique amélioré, l'assurée ne s'étant jamais plainte du

---

travail en tant que tel, mais plutôt de la relation avec sa cheffe et une de ses collègues qui avait suppléé à l'absence de cette dernière pendant quelques semaines.

16. Par courrier du 3 juillet 2012, l'assurée a invité l'assureur à reconsidérer sa position du 14 juin 2012 et à lui verser les indemnités journalières auxquelles elle estimait avoir droit. À cet égard, l'assurée s'est référée au rapport du 26 juin 2012 des Drs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ ainsi qu'à celui du même jour de la Dresse B\_\_\_\_\_. Aux dires de l'assurée, il ressort des rapports en question que l'amélioration de l'état de santé mentionnée par la Dresse A\_\_\_\_\_ était très relative.
17. Par courrier du 2 août 2012, l'Hospice général a informé l'assureur qu'il accordait une aide financière à l'assurée et que l'assureur serait, cas échéant, tenu de rembourser les avances accordées à l'assurée.
18. Invitée par l'assureur à se déterminer sur les développements intervenus depuis le complément d'expertise du 6 mars 2012, la Dresse A\_\_\_\_\_ a déclaré, dans un rapport du 11 septembre 2012 au Dr C\_\_\_\_\_, qu'elle était d'avis que l'assurée présentait une symptomatologie très fluctuante. Pour illustrer ses propos, la Dresse A\_\_\_\_\_ a indiqué que lorsque l'assurée était salariée de X\_\_\_\_\_, elle présentait des rechutes dépressives à chaque reprise de travail en raison du climat conflictuel qui y régnait. Elle a ajouté que l'assurée avait à nouveau présenté une recrudescence des symptômes à l'annonce de son licenciement à la fin octobre 2011 et qu'elle avait fait une nouvelle rechute suite à l'évocation d'une reprise de travail en rapport avec son amélioration clinique constatée lors du dernier examen du 6 mars 2012, dans le cadre de l'expertise. La Dresse A\_\_\_\_\_ a également constaté avec la Dresse B\_\_\_\_\_ que le voyage en Serbie, dans le milieu familial, n'avait guère amélioré les symptômes puisqu'à son retour, l'assurée avait dû consulter une nouvelle fois le CTB. La Dresse A\_\_\_\_\_ a précisé que le Dr E\_\_\_\_\_, contacté le 29 août 2012, l'avait informé que "la patiente, s'étant améliorée" (sic), cette dernière avait quitté le CTB le 23 août 2012 pour reprendre son suivi chez la Dresse B\_\_\_\_\_ avec un accompagnement infirmier une fois par semaine pour la transition. La Dresse A\_\_\_\_\_ a ajouté avoir exprimé au Dr E\_\_\_\_\_ que l'assurée présentait des tableaux cliniques différents, variant d'une amélioration à des rechutes, toujours en relation avec l'évocation de la problématique au travail. Selon l'experte, cela explique que le Dr E\_\_\_\_\_ ait indiqué au point 7 de son rapport du 26 juin 2012 qu'il ne comprenait pas ses conclusions. Aussi la Dresse A\_\_\_\_\_ a-t-elle considéré qu'il n'y avait pas d'inaptitude en soi à la reprise d'un travail, mais que les tentatives successives de son médecin traitant ou d'elle-même visant à remettre l'assurée au travail avaient échoué et montraient à l'évidence que l'évocation d'une reprise d'activité péjorait son état.

- 
19. Se référant au rapport du 11 septembre 2012 de la Dresse A\_\_\_\_\_, l'assureur a déclaré à l'assurée par courrier du 16 octobre 2012 que ce n'était pas un état maladif comme tel qui justifiait l'incapacité de travail, mais des éléments psychosociaux qui n'avaient pas vocation à être pris en charge par l'assurance perte de gain. En conséquence, l'assureur a fait part à l'assurée du maintien de sa position du 5 avril 2012 et l'a invitée à s'inscrire au chômage.
  20. Par courrier du 1er mars 2013, l'assurée a adressé à l'assureur une copie de sa demande de prestations AI déposée auprès de l'OAI en date du 22 février 2013.
  21. Selon un certificat établi par la Dresse B\_\_\_\_\_, la capacité de travail de l'assurée est nulle dès le 1er janvier 2013.
  22. En date du 8 février 2013, l'assurée a déposé une demande en paiement dirigée contre l'assureur devant la Cour de céans, concluant, sous suite de dépens, au versement d'indemnités journalières à hauteur de 34'022 fr. 56 avec intérêts à 5% à compter du 1er mai 2012 et à ce que la Cour de céans dise qu'elle a droit au versement d'indemnités journalières au-delà du 10 février 2013 jusqu'à l'amélioration notable de sa capacité de gain ou l'épuisement des prestations convenues dans la police d'assurance.

À l'appui de ses conclusions l'assurée précise que dans la mesure où l'assurance a déjà versé des indemnités journalières jusqu'au 30 avril 2012, le solde des indemnités au 10 février 2013 est de 286 jours. Compte tenu d'une indemnité journalière s'élevant à 118 fr. 96, la somme due s'élève donc à 34'022 fr. 56 avec intérêts à 5% depuis le 1er mai 2012. Elle ajoute que dans la mesure où elle présente toujours une incapacité totale de travail, elle a droit au versement des indemnités journalières au-delà du 10 février 2012 jusqu'à épuisement des prestations contractuellement dues ou amélioration de son état de santé. Pour étayer le bien-fondé de ses prétentions, l'assurée se fonde sur la notion d'incapacité de travail figurant dans les conditions générales de l'assureur et sur les pièces versées à la procédure desquelles il ressort qu'elle présente une incapacité de travail totale depuis le 12 juillet 2011, incapacité qui ne serait pas valablement remise en question par la Dresse A\_\_\_\_\_, les rapports établis par cette dernière présentant des contradictions et minimisant les problèmes psychiques dont l'assurée déclare souffrir et qu'elle considère comme étant constitutifs d'une maladie.

23. Par réponse du 6 mars 2013, fait valoir que les CGA renvoient à la définition légale de la maladie, soit une notion juridique qui ne se recoupe pas nécessairement avec la définition médicale de cet état et qui exclut les facteurs psychosociaux et socioculturels. En d'autres termes, l'assureur soutient que l'octroi de prestations d'assurances suppose l'existence d'une comorbidité psychiatrique indépendante des

---

facteurs personnels et professionnels défavorables, empêchant totalement et durablement la demanderesse de fournir l'effort de volonté qui peut raisonnablement être exigé d'elle pour mettre à profit sa capacité de travail Aussi l'assureur a conclu, sous suite de dépens, principalement, au déboutement de l'assurée de toutes ses conclusions, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique destinée à déterminer l'existence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie.

24. Par réplique du 4 avril 2013, l'assurée a persisté dans ses conclusions en ajoutant qu'elle était d'accord d'être soumise à une expertise psychiatrique diligentée par un expert désigné par la Cour de céans. Par ailleurs, l'assuré a produit trois certificats de la Dresse B\_\_\_\_\_ datés des 20 novembre 2012, respectivement 20 décembre 2012 et 31 janvier 2013 qui faisaient état d'une capacité de travail de 0% à compter du 1er décembre 2012, respectivement du 1er janvier 2013 et du 1er février 2013.
25. Par duplique du 23 avril 2013, l'assureur a fait savoir qu'il n'avait pas d'observations complémentaires à formuler.
26. Par courrier du 2 mai 2013, l'assurée a annoncé à la Cour de céans qu'elle était hospitalisée à l'Hôpital Belle-idée depuis le 29 avril 2013. Pour appuyer ses dires, elle a joint un certificat du 29 avril 2013 établi par le Dr F\_\_\_\_\_, du Centre ambulatoire de psychiatrie et de thérapie intégrées des HUG. Il en ressort que l'assurée présente une décompensation anxieuse et dépressive et parfois des idées suicidaires (défenestration). Ce certificat mentionne également la présence de probables éléments de la ligne psychotique (hallucinations auditives et visuelles).
27. Par courrier du 20 juin 2013, l'assurée a transmis à la Cour de céans la lettre de sortie du 19 juin 2013 du Département de santé mentale et de psychiatrie des HUG. Les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, respectivement médecin interne et cheffe de clinique, posent le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) en précisant que suite à l'administration d'un traitement psychotrope (Seroquel XR, Sertraline et Imovane) et dans le cadre rassurant de l'unité, une amélioration progressive de l'état psychique, une disparition de la symptomatologie psychotique ainsi qu'une diminution partielle de l'intensité de l'anxiété ont pu être constatées. Les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ indiquent enfin avoir organisé le retour de l'assurée à domicile, ainsi qu'un rendez-vous auprès du Dr F\_\_\_\_\_, pour reprise du suivi au CAPPI Servette.
28. Par acte du 15 juillet 2013, l'assureur a fait savoir qu'il maintenait ses réquisitions tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, soutenant que la lettre de

---

sortie du 19 juin 2013 confirmait la présence de facteurs socio-professionnels défavorables et qu'il était en conséquence justifié qu'un expert sans relation thérapeutique avec l'assurée vérifie non seulement l'existence d'une comorbidité psychiatrique indépendante de ces facteurs, mais aussi le lien entre une telle comorbidité et l'incapacité de travail postérieure au 30 avril 2012.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC; RS 292) et à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, 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).

La compétence *ratione materiae* de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

S'agissant de la compétence *ratione loci*, l'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette dernière loi est toutefois abrogée et il convient d'appliquer le Code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC; RS 272), dont l'art. 31 prévoit que 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. Par ailleurs, l'art. 26 des conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) pour l'assurance perte de gain en cas de maladie (édition 2010) prévoit quant à lui que pour toute prétention découlant du contrat d'assurance, la Compagnie peut-être actionnée au domicile suisse du preneur d'assurance, à celui de la personne assurée ou de l'ayant droit ainsi qu'au siège de la Compagnie.

En l'espèce, l'assurée est domiciliée à Genève. La Cour de céans est par conséquent également compétente *ratione loci*.

La demande en paiement du 8 février 2013 respecte les conditions légales et de forme (art. 130 et 244 CPC). Elle est donc recevable.

La procédure simplifiée s'applique (art. 243 al. 2 let. f CPC), et la Cour établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

2. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des indemnités journalières au-delà du 30 avril 2012.

---

3. a) La maxime inquisitoire prévue par l'art. 247 al. 2 CPC implique la possibilité pour le juge de se fonder sur tous les faits pertinents et établis, même si les parties ne les ont pas invoqués (ATF 107 II 233 consid. 2b, JdT 1981 I 285, BOHNET, HALDY, JEANDIN, SCHWEIZER, TAPPY, Code de procédure civile commenté ad art. 247 CPC, N. 23). L'obligation pour le juge d'établir d'office les faits ne dispense pas les parties d'une collaboration active à la procédure. Il leur incombe de renseigner le juge sur les faits de la cause et de lui indiquer les moyens de preuve disponibles (ATF 107 II 233 consid. 2c). Le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). Par ailleurs, il appartient au juge d'ordonner les mesures probatoires prévues par le droit de procédure, de sorte qu'il ne peut pas renvoyer le dossier à l'assureur privé pour instruction complémentaire (ATF non publiés 4A\_39/2010 du 29 avril 2010, consid. 2.2 et 4A\_563/2008 du 10 février 2009, consid. 2).

b) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268).

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des prestations en matière d'assurance sociale. Rien ne justifie de ne pas s'y référer également lorsque, comme en l'espèce, une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu (ATF non publié 4A\_5/2011 du 24 mars 2011, consid. 4.2). Selon ce principe, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte

---

médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1).

c) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

d) 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 l'intéressé 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 (ATAS/167/2008).

En matière d'assurance indemnités journalières maladie soumise à la LCA, la Cour de céans s'est écartée à plusieurs reprises des rapports médicaux de médecins mis en œuvre par un assureur. Tel a notamment été le cas lorsque les conclusions du médecin mandaté par l'assurance divergeaient de toutes les appréciations concordantes effectuées par d'autres médecins (ATAS/1049/2004 du 13 décembre 2004) ou lorsque le médecin mandaté par l'assurance n'avait pu poser de diagnostic et que ses conclusions sur la capacité de travail avaient varié au gré des courriers adressés par les médecins de l'assuré (ATAS/143/2006 du 14 février 2006).

4. En l'espèce, l'assureur considère, sur la base de l'examen du 6 décembre 2011 de la Dresse A\_\_\_\_\_, qu'il fallait envisager une reprise d'activité à 100% pour le 30 avril 2012.
5. En présence d'un contrat soumis à la LCA, il convient en premier lieu de déterminer si, sur la base des conditions convenues, on est en présence d'une incapacité de gain (cf. STOESSEL, Commentaire bâlois, n. 6 ss ad art. 3 LCA; RVJ 1996 p. 257 consid. 8a).

---

a) Aux termes de l'art. 2.1 CGA, est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. Pour la maladie, l'art. 2.1 CGA renvoie expressément à la notion figurant à l'art. 3 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1; LPGA). Selon l'art. 2.4 CGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'art. 2.4 CGA se réfère expressément à l'art. 6 LPGA pour la notion d'incapacité de travail. Selon l'art. 5.1 CGA, l'indemnité journalière est payée pour chaque jour d'incapacité de travail de 25% au moins, dûment constatée par un médecin. Elle se calcule selon le degré d'incapacité de travail. Le droit aux prestations subsiste aussi longtemps que la personne assurée se trouve sous traitement médical régulier et sous contrôle médical. Si l'assuré refuse d'exercer une activité lucrative pouvant être exigée de lui, la Compagnie peut refuser le versement des prestations.

b) À titre liminaire, la Cour de céans relève que ni le nom de l'expert ni le libellé des questions n'ont été préalablement soumis à l'assurée qui a simplement été invitée, par courrier de l'assureur du 25 novembre 2011, à se rendre chez la Dresse A\_\_\_\_\_ le 5 décembre 2011. Il convient ainsi de relever que l'assurée n'a été interpellée ni sur le libellé des questions ni sur le choix de l'expert et la simple possibilité accordée à l'assurée d'indiquer si la date et l'heure du rendez-vous fixé lui convenaient ne saurait être considérée comme une occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. Ainsi, nonobstant leurs appellations respectives, les "expertise" du 6 décembre 2011" et "complément d'expertise" du 6 mars 2012 ne répondent pas aux réquisits d'une expertise au sens technique.

Reste à déterminer si le rapport du 6 décembre 2011, son complément du 6 mars 2012 et le rapport du 11 septembre 2012 ont force probante.

Dans sa réponse du 6 mars 2013, l'assureur soutient en substance que l'incapacité de travail de l'assurée ne résulterait éventuellement pas d'une atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie, mais de facteurs psychosociaux ou socioculturels ne justifiant pas l'octroi de prestations d'assurance. Cela étant, la Cour de céans constate l'assureur, en se fondant sur le rapport du 6 décembre 2011 et son complément du 6 mars 2012 pour refuser toute prestation au-delà du 30 avril 2012, ne tient pas compte de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée constatée par d'autres médecins entre fin avril et fin juin 2012. Bien que la Dresse A\_\_\_\_\_ ait été invitée à se prononcer sur les développements intervenus dans

---

cet intervalle, son rapport du 11 septembre 2012 se révèle partiellement en contradiction avec ses rapports précédents. Après avoir fait état d'une nette amélioration des symptômes dépressifs et anxieux dans son rapport complémentaire du 6 mars 2012 qui concluait à une reprise à 100% dès le 1<sup>er</sup> mai 2012, la Dresse A\_\_\_\_\_ indique dans son rapport du 11 septembre 2012 qu'elle constate avec la Dresse B\_\_\_\_\_ que le voyage de l'assurée en Serbie en avril 2012 n'a guère apporté d'amélioration des symptômes puisqu'à son retour, l'assurée a dû consulter une nouvelle fois le CTB. Ce faisant, la Dresse A\_\_\_\_\_ omet de préciser que sur la base du même constat, la Dresse B\_\_\_\_\_ a considéré dans ses rapports des 24 avril et 26 juin 2012 qu'une reprise du travail à 100% à partir du 1<sup>er</sup> mai 2012 était prématurée. Par ailleurs, le rapport du 11 septembre 2012 commente le rapport des Drs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ du 26 juin 2012 sans en contester les conclusions et le contenu, en particulier les diagnostics différents de ceux mentionnés dans le rapport complémentaire 6 mars 2012. Dans son rapport du 11 septembre 2012, la Dresse A\_\_\_\_\_ déclare en effet avoir annoncé au Dr E\_\_\_\_\_ que l'assurée présentait des tableaux cliniques différents, variant d'une amélioration à des rechutes, "toujours en relation avec l'évocation de la problématique au travail". Dans ces conditions, l'affirmation de la Dresse A\_\_\_\_\_ selon laquelle il n'y aurait pas d'incapacité en soi à la reprise du travail convainc d'autant moins qu'elle est en contradiction avec l'incapacité de travail liée à un conflit au travail mentionnée dans son propre rapport daté du 6 décembre 2011. Ainsi, les rapports rédigés par la Dresse A\_\_\_\_\_ sont dépourvus de force probante. Par ailleurs, ils ne permettent pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que seuls des facteurs psychosociaux ou socioculturels motiveraient l'incapacité de travail persistante de l'assurée attestée par les Drs B\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. Enfin, en l'état actuel de la procédure et en appliquant le raisonnement de l'assureur sur l'effort raisonnablement exigible, les rapports de la Dresse A\_\_\_\_\_ ne permettent pas non plus d'affirmer que l'assurée aurait dû fournir l'effort de volonté qui pouvait raisonnablement être exigé d'elle pour surmonter une éventuelle comorbidité psychiatrique indépendante des facteurs précités et mettre à profit sa capacité de travail à 100% dès le 1<sup>er</sup> mai 2012.

Au regard de ces éléments, la Cour de céans est d'avis que l'assureur s'est fondé sur un état de fait lacunaire lorsqu'il a mis un terme à ses prestations.

c) S'agissant des rapports des Drs B\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, ils ne sauraient être pris en considération. En effet, on y cherche également en vain des informations sur l'existence de facteurs psychosociaux et/ou socioculturels ou la présence d'une comorbidité psychiatrique indépendante de ces facteurs, qui serait à l'origine de l'incapacité de travail postérieure au 30 avril 2012. Par ailleurs, ces documents sont également lacunaires, notamment en ce qui concerne les dates de

---

l'incapacité de travail ou l'existence éventuelle d'une capacité de travail dans une activité autre que celle précédemment exercée. Quant aux rapports des Drs F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, ils restent muets sur la capacité de travail de l'assurée, de sorte qu'ils ne permettent pas non plus à la Cour de céans se prononcer en l'état.

6. Étant donné que l'état de fait n'est pas suffisamment instruit sur le plan médical et que la Cour de céans ne saurait renvoyer la cause à l'assureur privé pour instruction complémentaire, conformément à la jurisprudence précitée, la Cour de céans fera droit aux réquisitions concordantes des parties tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. L'expertise sera confiée au Dr I\_\_\_\_\_, lequel devra prendre tous les renseignements nécessaires auprès des médecins ayant examiné la demanderesse.

**PAR CES MOTIFS,**

**LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame N\_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'assureur, ainsi que du dossier de la présente procédure et si nécessaire, prendre tous les renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée.
2. Comme à ces fins le Dr I\_\_\_\_\_.
3. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse détaillée.
  2. Données subjectives de la personne.
  3. Constatations objectives.
  4. Diagnostic(s) depuis le 1<sup>er</sup> mai 2012.
  5. S'agissant de troubles psychiques, répondre aux questions suivantes:
    - a) L'assurée présente-t-elle des troubles psychiques? Depuis quand?
    - b) Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci, le cas échéant (faible, moyen, grave)?

c) ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 et constituent-ils une comorbidité psychique indépendante des circonstances socioprofessionnelles défavorables rencontrées par l'assurée ?

d) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic?

6. Mentionner pour chaque diagnostic posé ses conséquences sur la capacité de travail de l'assurée, dans son activité habituelle, en pourcent.
7. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, dans son activité habituelle, en pourcent, en prenant comme point de départ le 1<sup>er</sup> mai 2012 et en indiquant l'évolution de cette capacité intervenue depuis lors et pour l'avenir.
8. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, dans une activité lucrative adaptée, en pourcent, en prenant comme point de départ le 1<sup>er</sup> mai 2012 et en indiquant l'évolution de cette capacité intervenue depuis lors et pour l'avenir. Indiquer quelle(s) activité(s) seraient adaptée(s).
9. Evaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Le cas échéant en déterminer la nature et leur durée.
10. L'assurée dispose-t-elle des ressources psychiques nécessaires pour fournir un effort de volonté raisonnablement exigible afin de surmonter les circonstances socioprofessionnelles défavorables qu'elle rencontre, ainsi que ses troubles/douleurs et de mettre à profit une capacité de travail?
12. En cas de réponse négative à la question précédente: quels sont les facteurs rendant l'assurée incapable de fournir cet effort de volonté?
13. Votre appréciation de la capacité de travail prend-elle en considération des facteurs psychosociaux et/ou socioculturels? Si oui, lesquels et dans quelle mesure?
14. En cas de réponse positive à la question précédente, apprécier la capacité de travail dans l'activité habituelle, respectivement une activité adaptée en faisant abstraction des facteurs psychosociaux et/ou socioculturels.
15. Formuler un pronostic global.

5. Invite l'expert à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans.
6. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le