

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/625/2025

ATAS/605/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 juin 2026

Chambre 3

En la cause

A_____

demandeur

représenté par Me Mevlon ALIU, avocat

contre

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA

défenderesse

Siégeant : Karine STECK, présidente; Christine LUZZATTO et Christine WEBER-FUX, juges assesseurs

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1990, a été engagé en qualité de carreleur par une entreprise active dans les travaux du second œuvre (ci-après : l'employeuse) à compter du 6 mars 2023.
- b.** À ce titre, il est au bénéfice d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie conclue par l'employeuse auprès de GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA (ci-après : l'assurance).
- B.** **a.** Le 17 mars 2023, une incapacité de travail de l'assuré depuis le 16 mars 2023 a été annoncée à l'assurance.
- b.** Le docteur B_____, médecin praticien, dans un rapport (non daté), a retenu les diagnostics de dépression liée au stress, d'hypertension artérielle (HTA) et de céphalées depuis mars 2023. Il a attesté d'une totale incapacité de travail du 16 mars au 28 avril 2023.
- c.** Le Dr B_____ a ensuite établi :
- le 28 avril 2023, un arrêt de travail de 100% jusqu'au 31 mai 2023 ;
 - le 7 juin 2023, un arrêt de travail de 100% du 1^{er} au 11 juin 2023.
- d.** L'assurance a versé à l'assuré à titre d'indemnités journalières :
- CHF 5'481.90 pour l'incapacité de travail totale du 16 mars au 28 avril 2023 (44 jours sous déduction du délai d'attente de sept jours, le montant journalier étant fixé à CHF 148.16 ; décompte du 8 mai 2023) ;
 - CHF 4'889.30 pour l'incapacité de travail totale du 29 avril au 31 mai 2023 (décompte du 22 mai 2023) ;
 - CHF 1'629.75 pour l'incapacité de travail totale du 1^{er} au 11 juin 2023 (décompte du 6 juillet 2023).
- e.** Par courrier du 12 juin 2023, l'assurance a informé l'assuré de l'annulation de l'examen médical qui avait été agendé au 12 juin 2023 et de la clôture du dossier, le 11 juin 2023, à la suite de sa reprise d'activité à 100% le 12 juin 2023.
- f.** Le 30 juin 2023, le Dr B_____ a émis un arrêt de travail de 100% pour la période du 30 juin au 14 juillet 2023.
- g.** Le 6 juillet 2023, la nouvelle incapacité de travail à partir du 30 juin 2023 a été annoncée à l'assurance.
- h.** Le 19 juillet 2023, le docteur C_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté un arrêt de travail de 100% du 15 au 31 juillet 2023, prolongé le 28 juillet 2023 jusqu'au 31 août 2023.

i. Le 31 août 2023, l'assurance a reçu, après plusieurs rappels, un rapport (non daté) du Dr B_____, dans lequel ce dernier retenait les diagnostics de dépression et de douleur « FID ». Le patient était suivi par le Dr C_____.

j. Le 8 septembre 2023, le Dr C_____ a délivré un arrêt de travail de 100% du 1^{er} au 30 septembre 2023.

k. Par courrier du 21 septembre 2023, l'assurance a adressé l'assuré, pour expertise, au docteur D_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'examen était prévu le 23 octobre suivant. L'assuré était invité à aviser immédiatement l'assurance s'il avait besoin d'un interprète.

l. Le 29 septembre 2023, le Dr C_____ a attesté un arrêt de travail de 100% du 1^{er} au 31 octobre 2023.

m. Dans une note du 23 octobre 2023, un gestionnaire de l'assurance a indiqué avoir eu un entretien avec l'expert, qui lui avait affirmé que l'assuré s'était présenté à l'examen, mais qu'il ne parlait pas français ; un nouveau rendez-vous lui serait fixé ultérieurement.

n. Le 27 octobre 2023, le Dr C_____ a délivré un nouvel arrêt de travail, à 50%, pour la période du 1^{er} au 30 novembre 2023.

o. Le 4 décembre 2023, le Dr D_____ a examiné l'assuré, en présence d'un interprète de langue albanaise. Dans son rapport du 11 décembre 2023, il n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique et a émis l'avis que l'arrêt de travail était injustifié.

p. Par courrier du 10 janvier 2024, l'assurance a fait savoir à l'assuré qu'elle n'entendait pas prester pour l'incapacité de travail ayant débuté le 30 juin 2023.

q. Dans un rapport du 5 février 2024, le Dr C_____ a posé les diagnostics suivants : « F43.0 ; F43.2 ; F41.2 ; F44.4 ». Il a mentionné que l'assuré avait repris son activité professionnelle le 10 janvier 2024.

r. Par lettre du 4 mars 2024 à l'assuré, l'assurance a maintenu son refus de prester, en se fondant sur une appréciation de son médecin-conseil du 27 février 2024.

- C. a.** Par acte du 24 février 2024 (recte : 2025), l'assuré a saisi la Cour de céans d'une demande en paiement à l'encontre de l'assurance, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise, principalement, à la condamnation de l'assurance au paiement de la somme de CHF 22'207.50 à titre d'indemnités journalières, assortie d'intérêts à 5% l'an dès le 4 juillet 2025.

Le demandeur, se prévalant d'un rapport du Dr C_____ du 1^{er} novembre 2024, ainsi que des certificats d'arrêt de travail déjà versés au dossier, soutient que son incapacité de travail pour la période du 30 juin au 30 novembre 2023 était justifiée.

Il fait valoir que le rapport de son psychiatre traitant du 1^{er} novembre 2024 répond aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître force probante, à l'inverse de celui du Dr D_____, qui conclut à l'absence de diagnostic psychiatrique, malgré des perturbations significatives de son état de vigilance, caractérisées par des épisodes de somnolence sévère et des fluctuations importantes durant l'expertise. Le demandeur reproche à l'expert d'avoir minimisé les diagnostics retenus par les médecins traitants et de ne pas avoir pris en compte des éléments cruciaux, tels l'impact de la mort de son père, en 2018. Il considère que l'absence d'émotions (pleurs) au cours de l'expertise n'est pas pertinente, dès lors qu'il s'agissait d'une consultation isolée lors de laquelle les émotions peuvent être influencées par divers facteurs contextuels. Il fait également grief à l'expert d'avoir émis l'hypothèse d'une origine toxique des symptômes, sans avoir procédé à un examen toxicologique.

Le demandeur chiffre le montant des indemnités journalières qu'il réclame à CHF 22'207.50 (150 jours x CHF 148.05).

b. Invitée à se déterminer, la défenderesse, dans sa réponse du 30 mai 2025, a conclu au rejet de la demande, sous suite de frais et dépens.

Elle produit un rapport complémentaire de l'expert psychiatre du 9 mai 2025, dans lequel il se détermine sur les rapports du Dr C_____ des 5 février et 1^{er} novembre 2024, en expliquant les motifs pour lesquels il ne partage pas l'avis de son confrère.

La défenderesse allègue que le décès du père de l'assuré n'est pas prouvé.

Elle considère que le rapport d'expertise psychiatrique et son complément ont pleine valeur probante, contrairement aux rapports du psychiatre traitant, incomplets et sommaires.

c. Dans sa réplique du 1^{er} septembre 2025, le demandeur a persisté dans ses conclusions.

Il soutient que les rapports de l'expert psychiatre comportent des contradictions, reposent sur des examens incomplets, ne se prononcent pas sur la période litigieuse et méconnaissent la médication et le suivi dont font état ses médecins traitants.

Il produit une photographie de la pierre tombale de son père, décédé le 22 octobre 2018.

d. Dans sa duplique du 27 octobre 2025, la défenderesse a maintenu sa position.

Elle relève que, selon l'expert psychiatre, le décès du père de l'assuré, survenu en 2018, n'est pas un facteur déclencheur des diagnostics posés par le Dr C_____. Elle ajoute que seuls des documents officiels peuvent établir le décès du père.

Elle fait valoir que des examens médicaux complémentaires sont inutiles, puisque l'état confusionnel est survenu uniquement durant l'expertise, l'après-midi, alors

que le matin, l'assuré avait travaillé. Il n'est donc pas nécessaire de rechercher la cause de cet état, qui n'affecte pas la capacité de travail.

Elle invoque également un défaut de collaboration de l'assuré pour justifier le refus de prestations dès le 30 juin 2023, subsidiairement dès le 23 octobre 2023, dans la mesure où l'expertise prévue le 23 octobre 2023 n'a pu avoir lieu, faute, pour l'assuré, de ne pas avoir sollicité un interprète au préalable. Elle en tire la conclusion qu'aucune critique ne peut être émise à l'encontre de l'expertise du fait de l'absence d'évaluation de l'incapacité de travail pour la période rétroactive.

e. Par écriture du 10 novembre 2025, le demandeur a encore une fois persisté dans ses conclusions.

Il allègue que le décès de son père est un événement traumatique, à intégrer dans un contexte biographique et psychique global (perte d'un parent, migration, difficultés économiques et professionnelles) dans lequel s'inscrivent ses troubles psychiques. De toute manière, cet élément biographique isolé est sans portée décisive sur la réalité clinique observée (symptômes décrits par le Dr C_____, nécessité d'un suivi psychothérapeutique hebdomadaire, médication psychotrope structurée, incapacités de travail successives attestées entre le 30 juin et le 30 novembre 2023).

Il estime que l'état confusionnel constaté lors de l'expertise commandait, selon les règles de l'art, des investigations complémentaires (bilan somatique, médicamenteux, éventuellement neuropsychologique ou neurologique). Il ne s'agissait pas d'un détail sans importance, mais bien d'un signe de souffrance psychique et/ou somatique significative, compatible avec une réduction de la capacité de travail, quand bien même il exerçait alors une activité à 50%.

Il répète que l'expert ne s'est pas prononcé sur l'incapacité de travail durant la période litigieuse et relève que la défenderesse ne peut pas suppléer cette lacune, d'autant que les troubles psychiques peuvent évoluer au fil du temps, que la médication et la psychothérapie ont été ajustées au fil des mois et que le Dr C_____ a documenté l'incapacité de travail.

Par ailleurs, dans la mesure où l'expertise a finalement eu lieu, refuser toute indemnité pour cause de prétendu défaut de collaboration, alors que l'incapacité de travail est médicalement attestée, constitue une sanction radicale, disproportionnée.

f. Le 19 novembre 2025, le demandeur a produit une copie de l'acte de décès de son père.

g. Par écriture du 25 novembre 2025, la défenderesse a persisté dans ses conclusions.

Elle relève que le rapport d'expertise du Dr D_____ n'a pas la valeur d'une simple allégation de partie, comme le prétend le demandeur, mais constitue un titre. L'état de somnolence de l'intéressé durant l'expertise n'a pas empêché

l'expert de procéder à une analyse complète du cas et de rendre des conclusions motivées et cohérentes.

Il appartenait au demandeur de faire traduire la convocation par un proche (épouse) ou par un site internet de traduction. Son manque de maîtrise du français n'est donc pas un argument valable pour justifier son manque de collaboration à la préparation de l'expertise.

h. Interrogées par la Cour de céans, les parties, par plis des 8 et 24 avril 2026, ont indiqué renoncer à la tenue d'une audience de débats.

EN DROIT

1.

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

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

Selon l'art. 3 ch. 3 des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LCA (ci-après : CGA), édition 01.01.2022, applicables à la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA.

La compétence de la Cour de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Sauf disposition contraire du CPC, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'occurrence, selon l'art. 43 des CGA, en cas de contestation, le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux du siège de l'assureur, soit ceux du lieu de travail suisse pour l'assuré domicilié à l'étranger.

Le demandeur, en sa qualité d'assuré et ayant droit, étant domicilié dans le canton de Genève, la Cour de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande en paiement.

1.3 Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

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

2.

2.1 Sur le plan matériel, la LCA a fait l'objet d'une révision entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2020 4969 ; RO 2021 357).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle qui était en vigueur lors de réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

2.2 En l'occurrence, le contrat d'assurance a été conclu postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions de la LCA applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3. Le litige porte sur le droit du demandeur à des indemnités journalières pour la période du 30 juin au 30 novembre 2023.

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

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

plaider l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

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

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

En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (*Beweisnot*), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués

par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (*die überwiegende Wahrscheinlichkeit*), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (*die Glaubhaftmachung*). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 ; 132 III 715 consid. 3.1 ; 130 III 321 consid. 3.3).

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

En ce qui concerne la survenance d'un sinistre assuré, le degré de preuve nécessaire est en principe abaissé à la vraisemblance prépondérante (en lieu et place de la règle générale de la preuve stricte ; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Le défendeur conserve toutefois la possibilité d'apporter des contre-preuves ; il 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 (ATF 130 III 321 consid. 3.4).

Cependant, dans un arrêt du 31 août 2021, le Tribunal fédéral a modifié la jurisprudence précitée, en ce sens que l'existence d'un cas d'assurance constitué par une incapacité de travail est désormais soumise au degré de preuve de la preuve stricte (ATF 148 III 105 consid. 3.3.1 *in fine*). Par conséquent, la preuve est apportée lorsque le tribunal, en se fondant sur des éléments objectifs, est convaincu de l'exactitude d'une allégation de fait. Il suffit qu'il n'y ait plus de doutes sérieux quant à l'existence du fait allégué ou que les doutes qui subsistent éventuellement paraissent légers (ATF 148 III 105 consid. 3.3.1).

4.3 Aux termes de l'art. 168 al. 1 CPC, les moyens de preuve sont le témoignage (let. a) ; les titres (let. b) ; l'inspection (let. c) ; l'expertise (let. d) ; les renseignements écrits (let. e) ; l'interrogatoire et la déposition de partie (let. f).

L'expertise en tant que moyen de preuve admis au sens de l'art. 168 al. 1 let. d CPC ne vise que l'expertise judiciaire au sens de l'art 183 al. 1 CPC (ATF 141 III 433 consid. 2.5.2 et 2.5.3).

Selon l'art. 177 CPC, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2025, les titres sont des documents propres à prouver des faits pertinents, tels les écrits, les dessins, les plans, les photographies, les films, les enregistrements audio, les fichiers électroniques, les données analogues et les expertises privées des parties.

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

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

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des prestations en matière d'assurance sociale. Rien ne justifie de ne pas s'y référer également lorsqu'une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu (arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2). Le principe de la libre appréciation des preuves signifie que le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à

disposition permettent de statuer sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A_253/2007 du 13 novembre 2007 consid. 4.2).

En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci ; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1).

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

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

4.5 L'art. 58 al. 1 du CPC dispose que le tribunal ne peut accorder à une partie ni plus ni autre chose que ce qui est demandé, ni moins que ce qui est reconnu par la partie adverse. La maxime de disposition signifie que les parties déterminent l'objet du litige, c'est-à-dire si, quand, dans quelle étendue et pendant quelle durée elles veulent faire valoir une prétention en justice comme demandeur,

respectivement la reconnaître comme défendeur (ATF 134 III 151 consid. 3.2; François BOHNET, Code de procédure civile annoté, 2016, n. 1 ad art. 58 CPC).

5.

5.1 La police d'assurance prévoit une indemnité journalière en cas de maladie s'élevant à 80% du salaire, versée pendant 730 jours, sous déduction d'un délai d'attente de sept jours, par incapacité.

Selon l'art. 4 ch. 2 1^{re} phrase des CGA, la maladie est définie comme étant toute atteinte involontaire à la santé physique, mentale ou psychique, médicalement et objectivement décelable, qui n'est pas due à un accident ou à ses suites et qui exige un examen, un traitement médical ou engendre une incapacité.

Selon l'art. 4 ch. 5 1^{re} phrase des CGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir les tâches habituelles de la profession exercée qui peuvent raisonnablement être exigées de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

Selon l'art. 13 ch. 4 des CGA, l'indemnité journalière est allouée proportionnellement au degré d'incapacité qui doit être d'au moins 25% (let. a). Les jours d'incapacité partielle supérieure ou égale à ce taux sont comptés comme jours entiers pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente (let. c).

Selon l'art. 13 ch. 7 des CGA, l'indemnité journalière due est versée après l'expiration du délai d'attente choisi, pour chaque jour d'incapacité (dimanches et jours fériés y compris ; let. a). Si le délai d'attente par incapacité est prévu dans la police, il s'applique à chaque incapacité donnant droit à des prestations (let. b 1^{re} phrase).

Selon l'art. 25 ch. 2 let. b des CGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si le preneur d'assurance ou l'assuré ne respectent pas les obligations citées aux articles 37 et 38 des CGA.

Selon l'art. 38 ch. 1 des CGA, durant son incapacité, l'assuré doit rester à portée de contrôle administratif et médical de l'assureur (p. ex. se faire examiner par un médecin mandaté par l'assureur).

5.2 Sur le plan médical, le demandeur requiert le versement d'indemnités journalières du 30 juin au 30 novembre 2023 en se basant sur les certificats d'arrêt de travail et les rapports émis par ses médecins traitants. La défenderesse, de son côté, conteste devoir prester durant cette période, en s'appuyant sur le rapport d'expertise psychiatrique du 11 décembre 2023 et son complément du 9 mai 2025.

Ce rapport d'expertise répond aux critères jurisprudentiels permettant de lui accorder une pleine valeur probante. Il a en effet été rendu à la suite d'un entretien et examen clinique le 4 décembre 2023, le dossier médical a été étudié, l'anamnèse est mentionnée, les plaintes ont été prises en compte, les constatations objectives sont exposées et les conclusions motivées.

Sur le fond, l'expert psychiatre n'a retenu, au jour de l'expertise, aucun diagnostic psychiatrique. Il n'a pas mis en évidence de symptômes de la lignée dépressive ou anxieuse et a expliqué les raisons pour lesquelles le diagnostic de trouble dépressif caractérisé devait être écarté. Il a en revanche relevé que le tableau clinique était marqué par d'importantes fluctuations de l'état de vigilance et des signes de somnolence, dont l'origine n'était pas psychiatrique. Il a conclu que, du point de vue strictement psychiatrique, l'arrêt de travail était injustifié, mais que les perturbations de l'état de vigilance étaient incompatibles avec une quelconque activité professionnelle.

Dans son rapport complémentaire du 9 mai 2025, l'expert psychiatre s'est prononcé sur les rapports du psychiatre traitant des 5 février et 1^{er} novembre 2024.

Il a, de manière circonstanciée, exposé les motifs pour lesquels il écartait les diagnostics retenus par le psychiatre traitant, à savoir la réaction aiguë à un facteur de stress (F43.0), le trouble de l'adaptation (F43.2), le trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et les troubles moteurs dissociatifs (F44.4).

L'expert a toutefois, en sa qualité de médecin, reconnu le caractère incapacitant de l'état confusionnel mis en évidence par le psychiatre traitant lors de la consultation initiale du 19 juillet 2023 (date de l'établissement du premier certificat d'arrêt de travail par celui-ci) – état confusionnel que l'expert avait lui-même constaté objectivement au cours de l'expertise –, en précisant, dans son rapport complémentaire, que cet état était la conséquence directe d'une affection médicale (somatique, toxique ou infectieuse), autre que psychique, qui n'avait cependant pas fait, en temps réel, l'objet d'investigation complémentaire pour en déterminer l'origine exacte, ni par l'expert (probablement du fait que cette question ne relevait pas de son domaine de spécialisation), ni par la défenderesse. Partant, il est superflu, par appréciation anticipée des preuves (ATF 143 III 297 consid. 9.3.2), de mettre en œuvre une expertise pour cette période rétroactive, d'autant que le demandeur a pleinement repris son activité professionnelle le 10 janvier 2024.

En conséquence, le demandeur a démontré avoir présenté une incapacité de travail totale du 19 juillet au 31 octobre 2023, puis une incapacité de travail de 50% du 1^{er} au 30 novembre 2023, pour cause de maladie.

Le report de l'expertise au 4 décembre 2023, agendée initialement au 23 octobre 2023, en raison d'un manquement de l'assuré, qui n'a pas sollicité en amont la présence d'un interprète, ne justifie pas une limitation du droit aux prestations. En effet, le caractère incapacitant de l'état confusionnel, décrit par le psychiatre traitant durant la période litigieuse s'étendant du 19 juillet au 30 novembre 2023, est de toute manière admis par l'expert psychiatre, qui, pour rappel, a également mis en évidence cet état confusionnel lors de son expertise, le 4 décembre 2023.

5.3 Ainsi, l'incapacité de travail totale du 19 juillet au 31 octobre 2023, sous déduction du délai d'attente de sept jours (art. 13 ch. 7 let. b 1^{re} phrase des CGA),

soit 98 jours, conduit à l'octroi d'un montant, à titre d'indemnités journalières, de CHF 14'508.90 (98 jours × CHF 148.05 [au lieu de CHF 148.16 mentionné dans les décomptes au dossier] pour ne pas statuer *ultra petita*). S'y ajoute un montant de CHF 2'220.75 (30 jours × CHF 148.05 / 2) pour l'incapacité de travail de 50% du 1^{er} au 30 novembre 2023 (30 jours). Le total des indemnités journalières dues s'élève donc à CHF 16'729.65.

5.4 Le demandeur réclame des intérêts moratoires de 5% dès le 4 juillet 2025.

5.4.1 L'art. 41 al. 1 LCA dispose que la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention. Les « renseignements » au sens de l'art. 41 LCA visent des questions de fait, qui doivent permettre à l'assureur de se convaincre du bien-fondé de la prétention de l'assuré (cf. l'intitulé de l'art. 39 LCA). Ils correspondent aux devoirs de déclaration et de renseignement institués par les art. 38 et 39 LCA. Le délai de délibération de quatre semaines laissé à l'assureur ne court pas tant que l'ayant droit n'a pas suffisamment fondé sa prétention ; tel est par exemple le cas lorsque, dans l'assurance contre les accidents, l'état de santé véritable de l'ayant droit n'est pas éclairci parce que ce dernier empêche le travail des médecins (arrêt du Tribunal fédéral 4A_58/2019 du 13 janvier 2020 consid. 4.1).

Le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO en lien avec l'art. 100 al. 1 LCA). L'intérêt moratoire de 5% l'an (art. 104 al. 1 CO) est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation, ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur. Toutefois, lorsque l'assureur refuse définitivement, à tort, d'allouer des prestations, on admet, par analogie avec l'art. 108 ch. 1 CO, qu'une interpellation n'est pas nécessaire ; l'exigibilité et la demeure sont alors immédiatement réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 4A_58/2019 précité consid. 4.1).

5.4.2 En l'espèce, les conditions générales ne prévoient aucun terme pour l'exigibilité des prestations qui y sont stipulées. On ne peut retenir ni, au plus tôt, le lendemain de la réception du courrier du 4 mars 2024 par lequel la défenderesse a définitivement, à tort, refusé d'allouer des prestations, ni le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée à la défenderesse le 25 février 2025, comme *dies a quo* de l'intérêt moratoire, pour ne pas statuer *ultra petita*. Les intérêts moratoires de 5% l'an sont donc dus dès le 4 juillet 2025.

6. Au vu de ce qui précède, il convient de condamner la défenderesse à verser au demandeur le montant de CHF 16'729.65, représentant les indemnités journalières pour cause de maladie du 19 juillet au 30 novembre 2023, avec intérêts à 5% l'an dès le 4 juillet 2025.
7. Le demandeur, représenté par un conseil, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'il a droit à des dépens.

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 CPC). 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). Ceux-ci sont, en principe, mis à la charge de la partie qui succombe (art. 106 al. 1 CPC).

La valeur litigieuse, telle que définie par les conclusions du demandeur (art. 84 RTFMC), s'élève à CHF 22'207.50, ce qui correspond à des dépens de CHF 4'142.80 selon l'art. 85 al. 1 RTFMC. À ce montant s'ajoutent les débours de 3% (art. 25 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]) et la TVA (art. 26 al. 2 LaCC) fixée à 8,1% (art. 25 al. 1 et 115 al. 1 de la loi régissant la taxe de la valeur ajoutée du 12 juin 2009 [LTVA - RS 641.20] dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2024). Le montant total, arrondi, s'élève ainsi à CHF 4'603.- (art. 26 al. 1 LaCC).

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 en paiement du 24 février 2025 recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Condamne la défenderesse à verser au demandeur le montant de CHF 16'729.65, représentant les indemnités journalières pour cause de maladie du 19 juillet au 30 novembre 2023, avec intérêts à 5% l'an dès le 4 juillet 2025.
4. Condamne la défenderesse à verser au demandeur une indemnité de dépens de CHF 4'603.-.
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

Diana ZIERI

Karine STECK

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