

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/716/2015

ATAS/342/2016

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 2 mai 2016**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_, domiciliée BUSSIGNY-LAUSANNE,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric  
MAUGUE

demanderesse

contre

ALLIANZ SUISSE, SOCIETE D'ASSURANCES SA, sise  
Richtiplatz 1, 8304 WALLISELLEN, p.a. ALLIANZ SUISSE,  
SOCIETE D'ASSURANCES SA, Service des sinistres, ZURICH

défenderesse

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Willy KNÖPFEL et Jean-Pierre  
WAVRE, Juges assesseurs**

---



---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la demanderesse), née le \_\_\_\_\_ 1975, a été engagée en qualité de collaboratrice au service administratif et back office par la société B\_\_\_\_\_ SA (ci-après l'employeur), à compter du 23 avril 2001. À ce titre, elle était assurée par son employeur contre le risque de perte de gain à raison d'une maladie auprès de Allianz suisse société d'assurances SA (ci-après: l'assurance ou la défenderesse).
2. L'assurée a été hospitalisée au Département de psychiatrie de l'Hôpital de Prangins du 17 décembre 2013 au 19 février 2014. L'avis de sortie du 19 février 2014, signé par le docteur C\_\_\_\_\_, médecin chef de clinique, mentionne les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome psychotique (F32.10) et de difficultés avec un conjoint ou partenaire (Z63.0). L'assurée a été admise volontairement, à la demande de son psychiatre traitant pour un épisode anxio-dépressif. Elle avait expliqué être souvent dans cet état et consommer du vin rouge pendant les crises d'anxiété, ce qui la tranquillisait et lui donnait de la force pour continuer son travail. Elle déclarait avoir des problèmes relationnels avec sa mère depuis ses 11 ans, vivre seule depuis l'âge de 21 ans. Elle avait souffert de dépression suite à un avortement et avait été hospitalisée une première fois dans un milieu psychiatrique, à l'Hôpital de Cery du Département de psychiatrie du Centre hospitalier du canton de Vaud (ci-après CHUV). Elle y avait rencontré son premier mari, avec lequel elle avait vécu une relation problématique durant dix-sept mois. Suite à leur rupture, elle avait souffert d'un nouvel épisode dépressif et avait été hospitalisée à la Fondation du Nant, secteur psychiatrique de l'Est vaudois. Après son divorce, elle avait à nouveau connu un épisode dépressif et avait été prise en charge au Centre de psychiatrie du Nord vaudois. À l'Hôpital de Cery, elle avait également connu son « dernier » mari, lequel y était emprisonné. Lors de vacances aux Maldives, elle avait rencontré son « deuxième mari », d'origine sri-lankaise, lequel vivait en Suisse depuis 2009. En 2009-2010, elle disait avoir été très heureuse, mais le couple connaissait des difficultés relationnelles depuis lors. Ils avaient une fille de 2 ans. L'assurée se sentait fatiguée, frustrée, déprimée, elle évoquait des troubles du sommeil, un manque d'appétit, une anhédonie et une aboulie. Durant l'hospitalisation de 2013-2014, son état s'était progressivement amélioré et elle ne présentait plus des crises d'angoisse et de faiblesse. Elle niait avoir des idées suicidaires. Les craintes liées à la reprise du travail à 100% constituaient un facteur de stress, déclencheur de la dépression.
3. Dans un rapport initial du 25 février 2014, la doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le 17 décembre 2013 en raison d'un état dépressif majeur et d'une anxiété, ajoutant qu'il était trop tôt pour se prononcer sur la date d'une reprise.
4. En date du 24 mars 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après l'OAI).

5. Le 7 mai 2014, l'assurance a mandaté la Clinique Corela afin de réaliser une expertise psychiatrique.
6. Du 24 au 29 mai 2014, l'assurée a séjourné au Département de psychiatrie du CHUV en raison d'idées suicidaires. Il ressort d'un rapport établi le 4 juin 2014 par le docteur E\_\_\_\_\_, médecin assistant, que l'assurée souffrait d'un trouble de la personnalité, sans précision, avec des traits dépendants et impulsifs (F60.9) et de trouble dépressif récurrent moyen (F33.1) À sa sortie, le traitement comprenait la prise d'Efexor ER 75 mg, de Remeron 15 mg, de Zolpidem 10 mg et de Temesta 1 mg.
7. En date du 11 juin 2014, le Département de psychiatrie du CHUV a adressé un rapport à la Clinique Corela. Il ressort de ce document, établi par les doctoresses F\_\_\_\_\_, chef de clinique adjointe, et G\_\_\_\_\_, médecin assistant, que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, d'anxiété généralisée, de trouble de la personnalité sans précision (traits impulsifs et dépendants) et de dépendance à l'alcool, avec rémission précoce, sans traitement agoniste ou environnement protégé. À titre d'antécédents, étaient mentionnées une anorexie mentale à l'adolescence et de multiples tentamen par prise médicamenteuse associée à l'alcool. L'assurée avait été hospitalisée à l'Hôpital de Prangins durant trois mois, jusqu'au mois de février 2014 et s'était présentée à leur consultation il y a un mois. Une symptomatologie dépressive importante en péjoration avec une diminution importante de l'élan vital, une fatigue, une anhédonie marquée étaient relevées. L'assurée parvenait tout juste à accomplir certaines tâches ménagères et la garde de sa fille de 2 ans. Dans son quotidien, elle nécessitait l'aide de son entourage pour effectuer les activités de base. Elle présentait également une anxiété généralisée entravant son sommeil, sa faculté de concentration et la gestion de son quotidien. Le moindre désagrément produisait chez elle une détresse importante. Dans ce contexte, elle présentait des idées suicidaires scénarisées en utilisant de l'alcool à but anxiolytique. Récemment, suite à un événement stressant, elle avait fait une rechute, avec une consommation d'alcool mettant potentiellement en danger sa vie et celle de sa fille. Une hospitalisation volontaire du 24 au 29 mai 2014 avait été nécessaire afin de la mettre à l'abri de ses idées suicidaires. Malgré une adaptation médicamenteuse durant son séjour à l'Hôpital de Prangins, sa symptomatologie s'était aggravée. Il était donc nécessaire de réviser son traitement. En l'état, elle bénéficiait d'un suivi psychiatrique à raison de deux fois par semaine. En outre, une prise en charge spécifique des troubles de la personnalité et des troubles de l'humeur était déjà organisée pour la fin du mois de juillet 2014.
8. Le 12 juin 2014, le docteur H\_\_\_\_\_ de la Clinique Corela a examiné l'assurée. Le jour même, il a indiqué à l'assurance qu'une reprise de travail serait possible à 50% dès le 12 juillet 2014 puis à 100% dès le 12 août 2014.
9. Par courrier du 18 juin 2014, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 30 septembre 2014.

10. En date du 25 juin 2014, l'assurance a informé l'assurée des conclusions de l'expert quant à la reprise progressive de son emploi.
11. Le 30 juin 2014, la Dresse G\_\_\_\_\_ et Madame I\_\_\_\_\_, assistante sociale, se sont adressées à l'assurance, se déclarant stupéfaites des conclusions concernant la capacité de travail de l'assurée, capacité qui demeurait en l'état nulle.
12. Par rapport du 24 juillet 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10). Lors de l'hospitalisation de l'assurée, le 17 décembre 2013, elle présentait un état anxio-dépressif avec des crises d'angoisse et des moments de faiblesse physique. Au cours de son séjour, les crises avaient progressivement diminué et elle n'avait plus d'angoisse à la fin de son séjour, ni de symptômes de dépression qui auraient exigé une prolongation de son hospitalisation.
13. En date du 25 juillet 2014, le Dr H\_\_\_\_\_, a rendu son rapport d'expertise, lequel est basé sur une consultation conjointe de psychiatrie avec une psychologue le 12 juin 2014 et le dossier mis à disposition par l'assurance, dont les pièces ne sont pas énumérées.

L'expert a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), ayant des répercussions sur la capacité de travail, ainsi que des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1), sans effet sur ladite capacité.

Après avoir présenté une anamnèse, relaté les plaintes de l'assurée, livré les résultats d'auto-questionnaires et d'examen psychométriques, l'expert a résumé son examen clinique. Il a écarté tout trouble de l'adaptation car aucun facteur de stress psychosocial identifiable n'était retrouvé. S'agissant du trouble dépressif récurrent, les critères diagnostiques majeurs de la tristesse, de la diminution marquée de l'intérêt et du plaisir, ainsi que de la réduction de l'énergie étaient remplis. À titre de critères diagnostiques mineurs, l'assurée signalait un manque de confiance en soi, un sentiment de culpabilité, des perturbations de la concentration, des idées de mort, un ralentissement et une agitation, des troubles du sommeil et une absence d'appétit. Selon l'expert, le trouble dépressif était actuellement moyen, comme cela avait été évoqué en mai 2014 lors de son dernier séjour en milieu hospitalier, compte tenu de trois critères majeurs de la dépression et de quatre critères mineurs, soit la confiance et l'estime de soi, la culpabilité, les idées de mort et le ralentissement psychomoteur. Par ailleurs, quatre critères d'un syndrome somatique étaient retenus, le manque de réactivité émotionnelle, la dépression plus marquée le matin, le ralentissement psychomoteur et la diminution marquée de la libido. L'expert a écarté le diagnostic d'anxiété, signalé dans le rapport de la Dresse D\_\_\_\_\_ et celui des Dresses F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_. Il a exposé ne pas avoir relevé, durant son entretien, de préoccupation excessive pour des problèmes sans importance, ni de symptômes compatibles avec un trouble obsessionnel compulsif, ni de phobie majeure. L'assurée alléguait présenter des crises d'angoisse, ressentant

un sentiment de panique, avec des tremblements, des difficultés respiratoires, des sueurs froides ainsi qu'une perte de la sensation de ses extrémités. Mais il s'agissait d'événements spécifiques car ces symptômes survenaient dans certains endroits (supermarchés avec plusieurs personnes, transports en commun) ou à certains moments précis (ruminations ou certaines discussions). Il ne s'agissait donc pas d'événements ou de problèmes de la vie quotidienne. Néanmoins, l'expert a évoqué un possible diagnostic de phobies spécifiques (isolées) (F40.2). Durant l'expertise, l'assurée n'exprimait pas de réelles envies de mourir et d'en finir avec sa vie, raison pour laquelle les tentamen pouvaient être considérés comme des appels au secours et non pas des envies de se tuer. Par ailleurs, lors des situations phobogènes, elle décrivait ressentir certains symptômes appartenant à une hyperactivité neurovégétative, concernant les systèmes respiratoires, gastro-intestinal et général. Les examens biologiques indiquaient que l'assurée avait pris du Temesta dans les heures précédant l'analyse, médication prescrite en réserve. Les différentes recommandations thérapeutiques apparaissaient entièrement appropriées et devraient permettre, à moyen terme, un amendement significatif de la symptomatologie et donc une amélioration du tableau clinique.

Concernant la capacité de travail, l'expert a déclaré tenir compte de la difficulté pour l'assurée de terminer une activité et de l'oubli de certaines conversations. De plus, l'assurée, dont la capacité d'adaptation était limitée en raison de la baisse de confiance en elle et de son sentiment d'être dépassée par les événements, semblait très fragilisée. Il paraissait donc impossible de l'imaginer évoluer dans un milieu professionnel décrit comme stressant, avec une charge de travail variable. Enfin, le rythme de travail paraissait également restreint du fait du léger ralentissement psychomoteur, tant dans sa gestuelle, ses déplacements, que dans son débit de parole. Il convenait de prévoir une reprise du travail progressive, pour ne pas l'exposer de manière trop soudaine à une activité professionnelle décrite comme relativement stressante et prévenir ainsi une éventuelle rechute ou une perturbation psychique dans les semaines ou mois à venir.

L'expert a conclu que l'assurée pouvait reprendre son activité professionnelle à 50% à compter du 12 juillet 2014 et à 100% dès le 12 août 2014, sans baisse de rendement.

S'agissant du diagnostic de troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, sans effet sur la capacité de travail, l'expert n'a pas relevé de critères diagnostiques d'imprégnation aiguë, chronique, de sevrage ou encore physique. En outre, les résultats des marqueurs biologiques de l'éthanol étaient dans la norme, témoignant ainsi de l'absence d'une prise problématique d'éthyle au cours des dernières semaines, corroborant les propos de l'assurée. Selon ces derniers, le comportement de l'assurée correspondait à une utilisation nocive dans le but de faire diminuer la tension interne et de calmer ses angoisses.

Quant au trouble de la personnalité retenu par les Dresses F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, aucun critère général n'était retrouvé au jour de l'expertise. L'expert a relevé en

particulier que l'assurée avait grandi dans un environnement familial difficile et peu sûr (abandon du père à sa naissance, mère sombrée dans l'éthyle) et avait pu terminer sa scolarité obligatoire sans difficultés particulières. Suite à des viols collectifs et une interruption volontaire de grossesse, ses difficultés psychiques avaient débuté, à l'âge de 20-21 ans. Avant ces événements, l'assurée fonctionnait bien et elle travaillait depuis 13 ans, ce qui témoignait de son adaptation à son environnement professionnel. Il n'y avait pas assez d'éléments pour retenir les critères généraux d'un trouble de la personnalité, seuls quelques traits particuliers pouvaient être mis en évidence. L'assurée devait être avertie de la nécessité d'une abstinence exigible.

14. Par rapport du 31 juillet 2014, la Dresse D\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI que l'assurée, qu'elle suivait depuis 2002, avait séjourné à six reprises en milieu sécurisé pour un état dépressif récurrent moyen. Avaient également été diagnostiqués une anxiété généralisée, des troubles de la personnalité, une dépendance à l'alcool, et signalés une anorexie mentale dans l'adolescence, de multiples tentamen et des sévices sexuels dans l'adolescence.
15. Le 19 août 2014, les Dresses F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ ont indiqué à l'OAI qu'une reprise du travail n'était pas envisageable et comportait des risques importants de mise en danger de sa personne et de ses proches. Elles ont notamment souligné que l'assurée présentait encore un léger ralentissement psychomoteur, qu'elle avait de la peine à initier les activités à domicile et à effectuer deux tâches simples simultanément, ce qui entravait grandement ses capacités à travailler, étant relevé que son emploi exigeait des capacités d'enregistrer des informations et d'effectuer des tâches simultanées dans un environnement particulièrement stressant. En outre, une asthénie résiduelle demeurait et l'assurée souffrait de troubles anxieux sous la forme de phobies diverses (incapacité de prendre des transports publics, de fréquenter des lieux publics où pouvaient se retrouver beaucoup de personnes [piscine, grandes surfaces, parc]), craignant le jugement ou le rejet des autres. Les résultats de l'expertise avaient provoqué une aggravation des idées suicidaires et de la symptomatologie dépressive. Il n'y avait pas eu de tentamen, mais l'état de l'assurée avait nécessité un soutien psychiatrique intensif. Les médecins ont conclu qu'au vu de l'épisode dépressif persistant, des traits de sa personnalité (besoin du soutien d'autrui et d'aide dans ses responsabilités quotidiennes) et du comportement impulsif (prise d'alcool et de médicaments, survenue abrupte d'idées suicidaires), l'assurée était trop fragile pour commencer à travailler. Elles sollicitaient la mise en œuvre d'une seconde expertise.
16. Dans un nouveau rapport du 22 août 2014 à l'attention de l'OAI, les Dresses F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec symptôme somatique, (F33.11) d'anxiété généralisée (F41.1) de phobie sociale (F40.1), de trouble de la personnalité sans précision (traits impulsifs et dépendants) (F69) et de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent, sans traitement agoniste ou environnement protégé (F10.1). Elles

craignaient qu'une reprise d'activité provoque une nouvelle dévalorisation et une perte d'espoir qui favoriseraient un passage à l'acte. La situation de reprise d'emploi pourrait en ce moment être interprétée par l'assurée comme une perte de soutien de la part du corps médical, favorisant le sentiment de perte d'espoir et donc de passage à l'acte. L'incapacité de travail était totale depuis novembre 2013 en raison de difficultés liées au rendement, à l'adaptation et au stress. Ces restrictions se manifestaient par des crises d'angoisse et un abus d'alcool. La reprise d'un travail, même dans une autre activité, était en l'état impossible, mais une activité à temps partiel, dans un second temps, serait possible. Le pronostic concernant la dépendance à l'alcool semblait favorable, à condition d'écarter l'assurée de son travail actuel et qu'elle puisse bénéficier d'un suivi psychiatrique régulier. S'agissant du trouble dépressif, la symptomatologie devrait s'améliorer en cours de psychothérapie et pour le trouble de la personnalité, il était trop tôt pour se prononcer.

17. Dans un rapport du 31 octobre 2014, le docteur J\_\_\_\_\_, chef de clinique au Département de psychiatrie du CHUV, a diagnostiqué un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31) depuis le début de l'âge adulte, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec des symptômes somatiques (F33.11) depuis l'adolescence, une phobie sociale (F40.1) depuis le début de l'âge adulte et une dépendance à l'alcool, épisodique (F10.1). L'assurée, qu'il suivait depuis juillet 2014, avait été hospitalisée à plusieurs reprises, soit en 1996 et février 1999 à l'Hôpital de Cery, à la Fondation du Nant en 2000, à l'Hôpital de Prangins en 2013-2014 et au Centre de psychiatrie du Nord vaudois en mai 2014. La crise actuelle était principalement liée au contexte professionnel dans lequel se trouvait l'assurée, laquelle se disait incapable de reprendre son travail en raison d'une fragilité psychique. Elle semblait être en crise constante depuis trois ans, soit depuis la naissance de sa fille. Son mari s'était principalement occupé de leur enfant, mais depuis ses arrêts de travail et son licenciement, l'assurée avait dû prendre en charge sa fille, ce qui la confrontait à son rôle de mère dans lequel elle disait ne pas être à l'aise. En août 2014, son époux avait trouvé un travail, le premier depuis qu'il était en Suisse, ce qui était également un facteur de crise car les rôles s'étaient inversés. L'assurée évoquait des symptômes dépressifs, des symptômes anxieux et des crises de colère avec des actes d'automutilation, ainsi que de nombreux tentamen depuis l'adolescence. Le Dr J\_\_\_\_\_ a également relevé des troubles alimentaires et une consommation d'alcool problématique. Le pronostic semblait favorable si l'assurée pouvait s'inscrire dans un suivi multidisciplinaire à long terme, composé d'entretiens médico-infirmiers réguliers, éventuellement d'un suivi alcoologique et d'un suivi centré sur les troubles alimentaires, d'une psychothérapie spécifique pour les troubles de la personnalité, d'un suivi social ainsi que de la poursuite du traitement médicamenteux quotidien (Efexor, Remeron, Seroquel et Tranxilium). L'incapacité de travail était totale depuis le mois de novembre 2013 et les limitations fonctionnelles consistaient en des difficultés d'adaptation, une fatigabilité, des troubles attentionnels, des

---

difficultés dans la gestion du stress, un isolement social et une anxiété constante. Il serait envisageable que l'assurée bénéficie d'une reprise du travail dans une autre activité à temps partiel, mesure qui serait à évaluer par l'OAI.

18. Le 3 décembre 2014, le docteur K\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie psychiatre et « medical manager » auprès de la Clinique Corela, a répondu à l'assurance, laquelle sollicitait l'avis du Dr H\_\_\_\_ sur le rapport du Dr J\_\_\_\_, que le premier avait quitté la Clinique. Il a relevé que le Dr J\_\_\_\_ mettait en avant un passé psychiatrique que l'assurée n'avait de prime abord pas évoqué avec l'expert. Il pensait que le trouble de la personnalité était possible, à condition de préciser qu'il avait été décompensé occasionnellement, soit par la dépression, soit par la prise d'éthyle. Cette atteinte n'avait pas empêché l'assurée de travailler de manière régulière et avec constance. Des éléments sociaux étaient légèrement contradictoires avec la poursuite prolongée d'un arrêt de travail : l'assurée avait demandé une poursuite « soudaine de l'arrêt de travail au cours de l'été 2014 lorsque son mari trouve un emploi ». Le rapport du CHUV laissait clairement entendre qu'elle gardait sa fille et qu'il y avait là un accord tacite entre les époux. Étant donné que le traitement avait été renforcé au cours de l'automne 2014, il semblait raisonnable de revoir sa capacité de travail qui « devrait être vraisemblablement à 50% en tout cas au 14 décembre 2014 et à 100% au 1<sup>er</sup> janvier 2015 ». Si l'arrêt de travail devait se prolonger, il suggérait de revoir brièvement l'assurée en seconde opinion afin d'apporter des éclairages supplémentaires quant à sa compliance médicamenteuse et ses capacités fonctionnelles réelles, y compris rétrospectivement.
19. Selon l'avis du service médical régional de l'OAI (ci-après SMR), daté du 18 novembre 2014, il existait clairement une atteinte à la santé durablement incapacitante et une reprise progressive de l'activité habituelle était envisageable, mais le pronostic réservé.
20. Par courrier du 4 décembre 2014, l'assurance a écrit à l'assurée que son médecin-conseil avait complété son dossier médical et que sa capacité de travail était de 50% jusqu'au 14 décembre 2014 et de 100% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015.
21. L'assurance a versé des indemnités journalières en raison d'une totale incapacité de travail (CHF 235.18) du 16 mars au 11 juillet 2014, et en raison d'une incapacité de travail à 50% du 12 juillet au 31 décembre 2014. Les indemnités journalières ont été directement versées à la demanderesse à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2014.
22. En date du 2 mars 2015, l'assurée, représentée par un conseil, a déposé une demande par devant la chambre de céans et conclu, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition des parties et à celles de son psychiatre et de sa psychologue, principalement, à ce qu'il soit dit et constaté qu'elle demeure en incapacité totale de travail depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2014 et qu'elle a droit aux indemnités journalières pour perte de gain, soit la somme de CHF 25'164.- (CHF 235.18 x 50% x 92 jours + CHF 235.18 x 100% x 61 jours), sous réserve

d'amplification, avec intérêt à 5% l'an dès le 15 décembre 2014 (date moyenne), correspondant aux indemnités journalières dues à ce jour. En substance, la demanderesse a nié toute valeur probante au rapport d'expertise rendu par la Clinique Corela, contestant les pratiques de cette dernière et relevant que les compétences du Dr H\_\_\_\_\_ n'étaient pas connues, tout comme la manière et le lieu où il avait été recruté, étant souligné qu'il ne figurait pas parmi les médecins mentionnés sur le site de Corela. Concernant le rapport lui-même, la demanderesse a notamment soutenu qu'il comportait plusieurs contradictions, notamment avec les rapports du CHUV, et que ses conclusions quant à la reprise du travail étaient insuffisamment motivées.

À l'appui de sa demande, elle a notamment produit les pièces suivantes :

- un rapport du 24 mars 1999 du Département universitaire de psychiatrie pour adulte. Il en ressort que la demanderesse avait été hospitalisée à l'Hôpital de Cery du 4 au 25 février 1999 en raison d'un état dépressif majeur, avec des idées suicidaires. Les diagnostics de trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne, sans symptôme somatique (F33.10) et de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31) étaient retenus. À l'âge de 16 ans, l'assurée avait souffert d'anorexie mentale. En 1998, elle était tombée amoureuse d'un jeune homme qui lui avait proposé de la « partager avec ses copains », ce qu'elle avait fini par accepter dans l'espoir de conquérir son affection. En août 1998, alors qu'elle était enceinte de douze semaines, elle avait décidé d'interrompre sa grossesse, ce dont elle avait informé le père de l'enfant trois mois après l'acte. Depuis l'avortement, elle vivait des moments très difficiles, avec un sentiment continu de culpabilité. Elle avait consulté une psychiatre qui lui avait prescrit un traitement antidépresseur, qu'elle avait toutefois interrompu en raison d'effets secondaires. Depuis deux ans, elle était régulièrement suivie par un psychologue. À l'admission, le tableau clinique était dominé par une perte de l'estime de soi, des idées de dévalorisation par toutes les personnes qui étaient autour d'elle, des sentiments de culpabilité par rapport à son interruption de grossesse, un sentiment de se sentir sale et un dégoût de son corps. Ces dernières semaines, elle décrivait une anhédonie, une augmentation de la fatigabilité, un retrait social, mais avait poursuivi son activité professionnelle jusqu'au moment de l'hospitalisation. Sur le plan thymique, elle se disait extrêmement triste et exprimait des idées suicidaires avec des scénarios (médicaments, défenestration). Elle évoquait des troubles du sommeil avec de fréquents réveils nocturnes suite à des cauchemars. Elle se plaignait d'une perte pondérale récente, associée à un dégoût de la nourriture et de son corps après avoir mangé. Elle se sentait grosse, se pesait tous les jours et prenait des laxatifs. Il n'y avait pas de consommation d'alcool ou de drogue. Après l'introduction d'un traitement antidépresseur et anxiolytique, associé à des entretiens individuels, la symptomatologie s'était améliorée. Suite à une évaluation psychologique, il apparaissait que l'assurée était démunie et que ses troubles profonds de l'identité

rendaient impossible pour elle de se situer, de comprendre l'origine des choses et leur finalité. Elle adoptait alors une position défensive, se mettant en retrait, à l'écart. Elle s'était inscrite à une démarche thérapeutique psychiatrique ambulatoire, avec des entretiens avec une psychiatre et une prise en charge mère-fille. Un suivi psychiatrique était organisé à sa sortie.

- Un rapport de l'Hôpital psychiatrique de Prangins du 21 mai 2001 relatif à une hospitalisation du 18 octobre au 10 novembre 2000 en raison d'un état anxio-dépressif avec une idéation suicidaire sans projet précis. Les diagnostics de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2), de difficultés liées à une enfance malheureuse (Z61) et d'autres difficultés non précisées liées à l'entourage immédiat (Z63.8) ont été retenus. Ce document mentionne que la demanderesse souffre d'un problème d'alcoolisme, d'anorexie depuis ses 16 ans. Ses parents avaient divorcé juste après sa naissance et elle avait vécu avec sa mère, alcoolique, qui l'avait toujours dénigrée et insultée. Elle vivait actuellement avec un homme souffrant de troubles bipolaires et de toxicomanie, rencontré à l'Hôpital de Cery. Depuis le mois de septembre 2000, elle était suivie au Centre d'intervention thérapeutique brève de Lausanne, où il avait été constaté que son état dépressif s'était aggravé avec l'apparition d'idées suicidaires sans projets précis, raison pour laquelle elle avait été adressée à l'Hôpital de Prangins. Lors de son admission, elle présentait des symptômes d'un état dépressif sévère. Elle exprimait une tristesse présente depuis des années associées à des angoisses surtout matinales, un fort sentiment de culpabilité, une hypersomnie et une idéation suicidaire. Elle ne mentionnait pas de consommation de substances psychoactives. Elle avait bénéficié des activités structurantes intrahospitalières et s'était sentie, progressivement, rassurée par le cadre soutenant. Devant l'amélioration de son état clinique, notamment une baisse de ses angoisses et une disparition de son idéation suicidaire, elle avait pu quitter l'hôpital. Elle serait suivie par un psychiatre à l'extérieur.
- Un rapport du 22 juillet 2002 de la Fondation du Nant aux termes duquel la demanderesse avait séjourné dans cet établissement du 1<sup>er</sup> avril au 1<sup>er</sup> mai 2002 en raison d'idées suicidaires scénarisées dans le contexte d'une rupture sentimentale. Elle souffrait de troubles de l'adaptation, réactions mixtes, anxieuses et dépressives (F43.22). Depuis trois mois, elle était suivie par un psychologue, sans traitement médicamenteux. À l'entrée, plusieurs symptômes de la lignée dépressive étaient relevés, à savoir une tristesse, des pleurs, une aboulie, une anhédonie, une inappétence avec une perte de poids, des angoisses et des idées suicidaires scénarisées par accident de voiture. Malgré une médication anxiolytique, aucune diminution de la symptomatologie n'était constatée. Au vu de la nature psychotique des angoisses, un neuroleptique atypique, le Seroquel, avait été introduit et avait considérablement contenu la demanderesse. Suite à un entretien organisé durant l'hospitalisation avec son ex-

conjoint qui lui avait permis de mieux comprendre la décision de ce dernier, la symptomatologie dépressive s'était améliorée, de sorte qu'un traitement antidépresseur n'avait pas dû être introduit. Les médecins avaient émis l'hypothèse que la demanderesse avait décompensé sous un mode mixte anxieux et dépressif, dans un contexte de rupture sentimentale. Elle présentait probablement une structure de la personnalité psychotique et avait besoin de s'appuyer sur un moi auxiliaire stable. À sa sortie, lui étaient prescrits du Seroquel, du Tranxilium et du Dalmadorm.

- Un rapport du 8 juillet 2005 faisant état d'une hospitalisation au Centre de psychiatrie du Nord vaudois du 28 juin au 7 juillet 2005. Un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique, était diagnostiqué. Le traitement consistait en la prise de Seroquel, de Tofranil, de Cipralax et de Tranxilium.
  - Diverses factures démontrant un suivi psychothérapeutique régulier entre 2005 et 2009.
23. Le 9 juin 2015, la demanderesse a produit un certificat médical du 3 mars 2015 du Département de psychiatrie du CHUV attestant d'une totale incapacité de travail du 1<sup>er</sup> octobre 2014 au 31 mars 2015.
24. Dans sa réponse du 12 juin 2015, la défenderesse a conclu au rejet de la demande, sous suite de frais. Après avoir relevé que les documents produits par la demanderesse attestaient que le Dr H\_\_\_\_, médecin français, était au bénéfice d'une spécialisation en psychiatrie et psychothérapie depuis 1978, qu'il avait obtenu la reconnaissance de ses diplômes en 2012 et une autorisation de pratiquer sur le territoire helvétique en 2013 (pièce 12 demanderesse), elle a soutenu que son examen avait été réalisé conjointement avec une psychologue, dans les règles de l'art, et que rien ne permettait de douter des conclusions du rapport du 25 juillet 2014, complété par les observations du 4 décembre 2014. Elle a en particulier relevé que le Dr J\_\_\_\_ avait admis qu'une reprise du travail à temps partiel serait envisageable dans une autre activité dès le moins d'octobre 2014, que le Centre d'expertise avait accepté, au vu des conclusions du médecin traitant, de prolonger l'existence d'une incapacité de travail partielle jusqu'à fin 2014, que le Dr C\_\_\_\_ avait attesté que la demanderesse ne présentait plus de crises d'angoisses ou de symptômes de dépression à sa sortie de l'hôpital, et que les rapports médicaux des médecins traitants étaient peu précis, notamment sur la chronologie de l'évolution des constatations cliniques et ne justifiaient pas de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise. En outre, la demanderesse n'avait produit aucun certificat d'arrêt de travail postérieur au 1<sup>er</sup> janvier 2015 avant d'ouvrir action, et elle s'occupait de sa fille et du ménage depuis août 2014, son mari ayant trouvé un emploi, de sorte qu'elle « ne subit donc vraisemblablement plutôt qu'une perte de gain économique depuis cette période ».

25. Le 6 juillet 2015, la demanderesse a relevé que le rapport signé par le Dr K\_\_\_\_\_ lui était jusqu'alors inconnu, de sorte qu'elle entendait obtenir une appréciation complémentaire du CHUV à cet égard. Par ailleurs, elle a produit une attestation d'incapacité de travail pour la période courant du 1<sup>er</sup> avril au 30 juin 2015.
26. Par réplique du 20 août 2015, la demanderesse a amplifié ses conclusions pour la période du 2 mars à ce jour, soit 171 jours, ce qui correspondait à un montant de CHF 40'215.80 (CHF 235.18 x 171), lequel s'additionnait aux CHF 25'164.-, de sorte que le montant total, sous réserve de nouvelle amplification, s'élevait désormais à CHF 65'379.80. En substance, la demanderesse a maintenu que les rapports médicaux émanant de la Clinique Corela ne répondaient pas aux exigences jurisprudentielles pour leur accorder valeur probante. Elle a notamment reproché au Dr K\_\_\_\_\_ de ne pas l'avoir examinée et de ne pas se référer aux éléments figurant dans le dossier, pour se livrer à de pures conjectures.

La demanderesse a notamment transmis les rapports suivants :

- un avis du SMR du 27 janvier 2015 aux termes duquel ses précédentes conclusions étaient maintenues ;
- une communication de l'OAI du 20 février 2015 indiquant à la demanderesse qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement car sa situation médicale n'était pas stabilisée et ne permettait pas la mise en œuvre de telles mesures ;
- un rapport du 30 juin 2015 du Dr J\_\_\_\_\_ lequel a indiqué que la situation était inchangée sur le plan du tableau dépressif. La demanderesse présentait toujours des sentiments intenses de tristesse, tous les jours et toute la journée, avec une anhédonie, des troubles de la concentration et des oublis, une importante fatigue, une fatigabilité accrue, des sentiments de honte et de culpabilité liés à sa situation psychique et sociale actuelle, une importante baisse de l'estime d'elle-même et de la libido, des idées noires, souvent suicidaires et parfois scénarisées. Sur le plan anxieux, la situation était restée similaire avec une importante angoisse diffuse, présente presque dans toutes les situations de la vie quotidienne. La demanderesse rapportait un sentiment de panique et des symptômes neurovégétatifs et se sentait très mal à l'aise dans les situations sociales. Sur le plan des troubles alimentaires, la situation était également stable avec une anorexie mentale persistante, avec des pesées journalières, des prises de laxatifs et un régime alimentaire restrictif constant au quotidien. On ne relevait pas d'évolution sur le plan du trouble de la personnalité. Des nombreuses crises de colère étaient toujours présentes, avec des automutilations. Depuis la mise en place d'un suivi spécialisé au niveau alcoolique, la demanderesse n'avait plus présenté d'abus d'alcool, mais l'arrêt de la consommation n'avait pas eu d'influence positive sur les symptômes anxio-dépressifs. Malgré la mise en place d'un traitement adéquat et la bonne

collaboration de la demanderesse, la symptomatologie décrite en octobre 2014 restait présente et l'incapacité de travail était nulle, dans toute activité, depuis lors et « jusqu'à ce jour ». Le pronostic était réservé en raison de chronicité et de la sévérité de la symptomatologie. Compte tenu de la différence majeure d'appréciation avec l'expert de la Clinique Corela, une seconde expertise semblait nécessaire.

27. Dans sa duplique du 15 octobre 2015, la défenderesse a considéré que les pièces produites par la demanderesse devaient être soumises à l'expert qui avait examiné la demanderesse et a conclu préalablement en ce sens, sous une forme interrogative.
28. Copie de cette écriture a été communiquée à la demanderesse le 21 octobre 2015.
29. Les parties ont été informées de ce que la cause était gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. a. 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) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> 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).

Dans le domaine de l'assurance couvrant le risque de perte de gain en cas de maladie, les parties peuvent librement choisir, soit de conclure une assurance sociale d'indemnités journalières régie par les art. 67 à 77 LAMal, soit de conclure une assurance d'indemnités journalières soumise à LCA (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_373/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2.1).

Selon les conditions générales (ci-après CG) pour l'assurance maladie de la défenderesse, édition 2008, l'assurance est régie par le contrat écrit passé entre le preneur d'assurance et l'assureur, les CG et les conditions complémentaires, ainsi que par la LCA, sauf dispositions contraires.

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

- b. 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 qui a été abrogée au 1<sup>er</sup> janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'espèce, l'art. 20 CG prévoit qu'en cas de litige, dans le cadre de l'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie souscrite par un employeur

pour ses employés, leur lieu de travail en Suisse est également reconnu comme for juridique.

Compte tenu du lieu de travail de la demanderesse, la compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est également donnée à raison du lieu.

c. L'employeur en tant que preneur d'assurance et la défenderesse en qualité d'assureur ont conclu un contrat collectif d'indemnité journalière selon la LCA. Par cette convention, la demanderesse était couverte contre le risque de perte de gain due à la maladie. Il s'agit d'une assurance au profit de tiers (cf. art. 18 al. 3 LCA), qui confère un droit propre à l'assuré qu'il peut faire valoir contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA, de nature impérative (cf. art. 98 LCA; ATF 141 III 112 consid. 4.3).

Par conséquent, la demanderesse possède la légitimation active pour agir contre la défenderesse.

d. 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 rappelé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

e. Dans le cadre d'un litige fondé sur la LCA, l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à compter du fait d'où naît l'obligation (art. 46 al. 1 LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. La demande du 2 mars 2015 par laquelle la demanderesse sollicite le paiement d'indemnités journalières à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2014 a été déposée dans le délai de deux ans susmentionné.

Partant, la présente demande, laquelle répond aux exigences légales et de forme (art. 130 et 244 CPC), est recevable.

2. Le litige porte sur le droit la demanderesse aux indemnités journalières à hauteur de 50% du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2014 et de 100% du 1<sup>er</sup> janvier au 20 août 2015, plus particulièrement sur l'existence d'une incapacité totale de travail attestée médicalement durant cette période en raison de ses troubles psychiques.
3. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge

ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (ATF non publié 4C.185/2003 du 14 octobre 2003, consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 CC, 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; arrêt du Tribunal fédéral 4A\_491/2008 du 4 février 2009 consid. 3.1). En revanche, l'art. 8 CC ne régit pas l'appréciation des preuves, de sorte qu'il ne prescrit pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (ATF 127 III 519 consid. 2a), ni ne dicte au juge comment forger sa conviction (ATF 128 III 22 consid. 2d; ATF 127 III 248 consid. 3a; ATF 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition n'exclut pas non plus que le juge puisse, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3; ATF 129 III 18 consid. 2.6; arrêt du Tribunal fédéral 4A\_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 3.1). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, elle 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; ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa).

Selon l'art. 8 CC, 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. Ces principes, qui sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance, impliquent qu'il incombe à l'ayant droit d'alléguer et de prouver notamment la survenance du sinistre (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Cette preuve étant par nature difficile à apporter, l'exigence de preuve est réduite et il suffit que l'ayant droit établisse une vraisemblance prépondérante (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). L'art. 8 CC donne à l'assureur le droit à la contre-preuve et il peut donc apporter des éléments propres à créer un doute et à ébranler la vraisemblance que l'ayant droit s'efforce d'établir. 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\_525/2010 du 4 janvier 2011 consid. 2.2).

La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2; ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.3).

4. 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. 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 que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2). En présence 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. Ce qui compte à cet égard, c'est 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.

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3; arrêt du tribunal fédéral 4A\_481/2014 du 20 février 2015 consid. 2.4.1); 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).

5. a. Selon la police d'assurance T461164448, la couverture d'assurance perte de gain maladie conclue par l'employeur et la défenderesse prévoit le versement d'une indemnité journalière en cas de maladie à hauteur de 80% du salaire assuré durant 730 jours, après un délai d'attente de 90 jours.
- b. En vertu de l'art. 3 ch. 1 CG, est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un

examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. L'incapacité de travail est définie à l'art. 3 ch. 4 CG comme 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

D'après l'art. 8 ch. 1 let. c CG, la couverture d'assurance de chaque assuré prend fin, pour toutes les prestations assurées pour lui, à la cessation des rapports de travail. L'art. 9 ch. 2 let. a CG mentionne que dans les cas relevant de l'art. 8 let. c, la Société ne verse l'indemnité journalière que pour les maladies provoquant une incapacité de travail lors de l'expiration de la couverture d'assurance et pour autant qu'il n'existe pas d'autre motif d'expiration selon l'art. 8 let. b, d à g et i.

6. En l'occurrence, la demanderesse conteste les conclusions des rapports médicaux établis par les médecins de la Clinique Corela et soutient que son incapacité de travail demeure totale, comme en attestent les médecins qui la traitent.
7. Il convient dès lors d'examiner en premier lieu la valeur probante des rapports du Dr H\_\_\_\_\_ du 25 juillet 2014 et du Dr K\_\_\_\_\_ du 3 décembre 2014.
8. a. La chambre de céans constate que le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ n'a manifestement pas été rendu en pleine connaissance de l'anamnèse et sur la base d'un dossier complet. En effet, ce document se réfère uniquement au rapport médical initial de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 25 février 2014 et à celui des Dresses F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ du 11 juin 2014. Il appert ainsi que le Dr H\_\_\_\_\_ n'avait pas connaissance, lorsqu'il a examiné la demanderesse, du contenu des rapports du Département universitaire de psychiatrie pour adulte du 24 mars 1999, de l'Hôpital psychiatrique de Prangins du 21 mai 2001, de la Fondation du Nant du 22 juillet 2002, du Centre de psychiatrie du Nord vaudois du 8 juillet 2005, du Dr C\_\_\_\_\_ du 19 février 2014 (il ne cite que les certificats médicaux attestant d'incapacité de travail émis par ce médecin et non pas son rapport détaillé) ou encore du Dr E\_\_\_\_\_ du 4 juin 2014. Il n'était pas non plus en possession du rapport du 11 juin 2014 des Dresses F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, puisqu'il indique clairement que ce document lui est parvenu après sa consultation (rapport p. 16). Or, ces documents sont essentiels dès lors qu'ils concernent des périodes d'hospitalisation de la demanderesse, qu'ils contiennent des résumés précis et détaillés de son histoire médicale, qu'ils mentionnent de nombreux diagnostics et symptômes non retenus par le Dr H\_\_\_\_\_, ainsi que les traitements entrepris et l'évolution de l'état de santé de l'intéressée. En outre, il est singulier que le Dr H\_\_\_\_\_ n'ait pas jugé utile de prendre contact avec l'un des médecins ayant traité la demanderesse. Pour ces motifs déjà, son rapport du 25 juillet 2014 ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

En outre, ses conclusions concernant les diagnostics sont insuffisamment motivés et en opposition avec la plupart des autres rapports. À titre d'exemple, il sera relevé que la demanderesse a fait état de plusieurs critères diagnostiques mineurs relatifs au trouble dépressif, dont certains ont été écartés par le Dr H\_\_\_\_\_ sans aucun commentaire (troubles du sommeil) ou sans cohérence (ex : l'absence d'appétit ne semble pas retenue car « ces difficultés alimentaires évoluent dans un contexte d'une ancienne anorexie » ; les troubles de la concentration sont écartés sur la base de son entretien avec la demanderesse uniquement) (rapport p. 14), alors que de nombreux médecins les ont signalés (cf. troubles du sommeil relatés dans les rapports du Département universitaire de psychiatrie pour adulte du 24 mars 1999 et de l'Hôpital psychiatrique de Prangins du 21 mai 2001 ; perte de poids mentionnée dans le rapport de la Fondation du Nant du 22 juillet 2002 ; manque d'appétit et troubles du sommeil d'après l'avis de sortie du 19 février 2014 ; anxiété entravant le sommeil et la faculté de concentration selon le rapport du 11 juin 2014 des Dresses F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_). S'agissant du diagnostic d'anxiété, le Dr H\_\_\_\_\_ a expliqué que la demanderesse faisait état de crises d'angoisse lors de situations ou moments précis (dans les supermarchés avec plusieurs personnes, dans les transports en commun, lors de ruminations ou encore lors de discussions sur des sujets particuliers). Sans autres explications, il a conclu qu'il ne s'agissait pas d'événements ou de problèmes « de la vie quotidienne », « raison pour laquelle ledit diagnostic ne peut être retenu au jour de la présente » (rapport p. 17). Cette argumentation, pour le moins surprenante, est contredite par les rapports de plusieurs médecins qui ont retenu un diagnostic lié aux crises d'angoisse (cf. rapports de la Fondation du Nant du 22 juillet 2002, de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 25 février 2014, des Dresses F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ des 11 juin et 22 août 2014, du Dr J\_\_\_\_\_ des 31 octobre 2014 et 30 juin 2015). De plus, il est rappelé que le Seroquel a été introduit en 2002 en raison de la « nature psychotique des angoisses » dont souffre la demanderesse (rapport de la Fondation du Nant du 22 juillet 2002), laquelle le prend encore quotidiennement (rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 31 octobre 2014). Concernant le trouble de la personnalité, le Dr H\_\_\_\_\_ a mentionné qu'aucun critère général n'était retrouvé au jour de son examen et estimé que les difficultés psychiques de la demanderesse avaient débuté à l'âge de 20-21 ans, qu'elle « fonctionnait » auparavant bien. Ces conclusions sont en contradiction avec de nombreuses pièces du dossier, lequel fait état d'anorexie mentale depuis l'adolescence. En outre, plusieurs spécialistes ont expressément diagnostiqué un trouble de la personnalité (rapports du Département universitaire de psychiatrie pour adulte du 24 mars 1999, du Dr E\_\_\_\_\_ du 4 juin 2014, des Dresses F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ des 11 juin et 22 août 2014, du Dr J\_\_\_\_\_ des 31 octobre 2014 et 30 juin 2015), trouble qui a finalement été qualifié de « possible » par le Dr K\_\_\_\_\_ (rapport du 3 décembre 2014).

La chambre de céans relèvera encore que le Dr H\_\_\_\_\_ a communiqué à la défenderesse ses conclusions quant à la capacité de travail de la demanderesse le jour de son examen, et ce avant même d'avoir rédigé son rapport. Son appréciation

y relative est donc essentiellement basée sur le rapport initial très sommaire de la Dresse D\_\_\_\_\_ et sur son examen de la demanderesse, lequel a été mené en méconnaissance de multiples éléments cruciaux, tels que les diagnostics retenus par les spécialistes consultés avant lui, les status psychiques lors de chaque admission volontaire en milieu psychiatrique, l'évolution des troubles durant les périodes d'hospitalisation, les restrictions constatées, ou encore les traitements prescrits ainsi que leurs effets sur les atteintes à la santé de la demanderesse. Il sera également observé que le Dr H\_\_\_\_\_ a conclu que la demanderesse pourrait reprendre son emploi à 50% un mois après son examen. Ce pronostic est difficilement compréhensible, étant rappelé qu'il a considéré qu'il était impossible d'imaginer la demanderesse évoluer dans le milieu professionnel qu'elle décrivait (stressant, charge de travail variable,...), qu'il a signalé un léger ralentissement dans sa gestuelle, ses déplacements et dans son débit de parole (rapport p. 23), et que tous les médecins, y compris lui, s'accordent à qualifier le traitement, lequel est bien suivi par la demanderesse, d'adéquat. De surcroît, cette estimation de la capacité de travail s'est avérée erronée de l'avis même d'un autre médecin de la Clinique mandatée par la défenderesse (cf. rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 3 décembre 2014).

Dans ces conditions, force est de conclure que le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ ne saurait se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

b. Concernent le rapport du 3 décembre 2014 du Dr K\_\_\_\_\_, la chambre de céans relève en préambule que ce médecin a estimé que la capacité de travail « devrait être vraisemblablement à 50% en tout cas au 14 décembre 2014 et à 100% au 1<sup>er</sup> janvier 2015 », admettant ainsi la prolongation de l'incapacité de travail totale jusqu'au 13 décembre 2014 et de l'incapacité de travail partielle jusqu'au 31 décembre 2014.

La défenderesse ne pouvait donc pas conclure, sur la base de ce document, que l'incapacité de travail était de « 50% jusqu'au 14 décembre et une reprise à 100% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015 », ce d'autant plus que le Dr K\_\_\_\_\_ a suggéré, en cas de prolongation de l'arrêt de travail, de revoir brièvement la demanderesse « en seconde opinion ». Enfin, c'est le lieu de relever que la conclusion de la défenderesse quant à la capacité de travail est énigmatique s'agissant de la période du 15 au 31 décembre 2014.

Cela étant, la chambre de céans observe que le Dr K\_\_\_\_\_ n'a pas examiné la demanderesse et que son rapport ne se fonde pas sur le dossier médical complet et ne comporte par une analyse détaillée. De plus, ses conclusions selon lesquelles les atteintes présentées par la demanderesse ne l'avaient pas empêchée de travailler de manière régulière et avec constance sont désavouées par les nombreux séjours en milieu psychiatrique (du 4 au 25 février 1999, du 18 octobre au 10 novembre 2000, du 1<sup>er</sup> avril au 1<sup>er</sup> mai 2002, du 28 juin au 7 juillet 2005, du 17 décembre 2013 au 19 février et du 24 au 29 mai 2014 ; le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 31 octobre 2014 atteste en outre d'une hospitalisation en 1996). Enfin, le fait que le mari de la demanderesse a trouvé un travail en août 2014 ne permet pas de conclure, comme

le fait de le Dr K\_\_\_\_, que la poursuite de l'incapacité de travail résulterait d'éléments sociaux et qu'il y aurait un « accord tacite » entre les époux concernant le moyen de garde de leur enfant. Il est rappelé que tous les spécialistes qui suivent la demanderesse ont attesté d'une totale incapacité de travail depuis décembre 2013, soit bien avant que son mari ne trouve un emploi. Son appréciation n'emporte donc pas la conviction de la chambre de céans.

9. Reste à examiner si les autres rapports produits dans le cadre de la présente procédure permettent de statuer sur la demande et de se prononcer sur la capacité de travail de la demanderesse à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2014.

10. a. Les Dresses F\_\_\_\_ et G\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec symptôme somatique, (F33.11) d'anxiété généralisée (F41.1) de phobie sociale (F40.1), de trouble de la personnalité sans précision (traits impulsifs et dépendants) (F69) et de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente, sans traitement agoniste ou environnement protégé (F10.1) (rapport du 22 août 2014). Elles ont également fait état d'anorexie mentale à l'adolescence et de multiples tentamen, précisant que le moindre désagrément engendrait une détresse importante. La demanderesse présentait des idées suicidaires scénarisées en utilisant de l'alcool à but anxiolytique et avait déjà mis potentiellement en danger sa vie et celle de sa fille (rapport du 11 juin 2014). Elles ont considéré qu'une reprise du travail n'était pas envisageable et comportait des risques importants de mise en danger. La demanderesse présentait encore un léger ralentissement psychomoteur, une asthénie résiduelle et des troubles anxieux. Elle avait de la peine à effectuer deux tâches simples simultanément (rapport du 19 août 2014). Elles ont exposé craindre qu'une reprise d'activité provoque une nouvelle dévalorisation et une perte d'espoir qui favoriseraient un passage à l'acte. L'incapacité de travail était totale depuis novembre 2013 en raison de difficultés liées au rendement, à l'adaptation et au stress, restrictions qui se manifestaient par des crises d'angoisse et un abus d'alcool. En l'état, une reprise de travail, même dans une autre activité, était impossible, mais une activité à temps partiel, « dans un second temps », était envisageable (rapport du 22 août 2014).

b. En octobre 2014, le Dr J\_\_\_\_ a retenu des diagnostics analogues, soit un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec des symptômes somatiques (F33.11), une phobie sociale (F40.1) et une dépendance à l'alcool, épisodique (F10.1). Il a rappelé les périodes d'hospitalisation de la demanderesse, qu'il suivait depuis juillet 2014 et qui semblait être en crise constante depuis la naissance de sa fille. Elle évoquait des symptômes dépressifs, des symptômes anxieux et des crises de colère avec des actes d'automutilation, ainsi que de nombreux tentamen depuis l'adolescence. Le psychiatre a également relevé des troubles alimentaires et une consommation d'alcool problématique. Le pronostic semblait favorable à condition d'un suivi multidisciplinaire à long terme et de la poursuite du traitement médicamenteux quotidien (Efexor, Remeron, Seroquel et Tranxilium). Il a attesté

d'une totale incapacité de travail depuis le mois de novembre 2013 et exposé que les limitations fonctionnelles consistaient en des difficultés d'adaptation, une fatigabilité, des troubles attentionnels, des difficultés dans la gestion du stress, un isolement social et une anxiété constante. Il serait envisageable que l'assurée bénéficie d'une reprise du travail dans une autre activité à temps partiel, mesure qui serait à évaluer par l'OAI (rapport du 31 octobre 2014).

En juin 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en dépit du traitement adéquat mis en place et de la bonne collaboration de la demanderesse, la symptomatologie décrite en octobre 2014 restait présente et l'incapacité de travail nulle, dans toute activité. Sur le plan du tableau dépressif, la demanderesse présentait toujours des sentiments intenses de tristesse, tous les jours et toute la journée, avec une anhédonie, des troubles de la concentration et des oublis, une importante fatigue, une fatigabilité accrue, des sentiments de honte et de culpabilité liés à sa situation psychique et sociale actuelle, une importante baisse de l'estime d'elle-même et de la libido, des idées noires, souvent suicidaires et parfois scénarisées. Au niveau anxieux, il a fait état d'une importante angoisse diffuse, présente presque dans toutes les situations de la vie quotidienne. Sur le plan des troubles alimentaires, l'anorexie mentale était persistante, avec des pesées journalières, des prises de laxatifs et un régime alimentaire restrictif constant au quotidien. Il n'y avait pas d'évolution sur le plan du trouble de la personnalité et les crises de colère étaient toujours présentes, avec des automutilations. Depuis la mise en place d'un suivi spécialisé au niveau alcoolique, la demanderesse n'avait plus présenté d'abus d'alcool, mais l'arrêt de la consommation n'avait pas eu d'influence positive sur les symptômes anxio-dépressifs. Le pronostic était réservé en raison de chronicité et de la sévérité de la symptomatologie (rapport du 30 juin 2015).

c. Ces rapports médicaux reposent sur une anamnèse détaillée et mentionnent les plaintes de la demanderesse, ainsi que les observations cliniques des médecins qui se rejoignent. Leurs conclusions, selon lesquelles la demanderesse demeure en l'état incapable de reprendre son activité professionnelle, sont sérieusement motivées et convaincantes. À ce égard, la chambre de céans rappelle qu'ils justifient notamment l'incapacité de travail par l'existence de limitations fonctionnelles que le Dr H\_\_\_\_\_ a lui aussi constatées (ralentissement psychomoteur, capacité d'adaptation limitée, demanderesse fragilisée). Ces documents ne contiennent pas de contradictions ou d'incohérences. Il y a donc lieu de leur accorder une valeur probante.

11. Par conséquent, au vu des derniers rapports médicaux du Dr J\_\_\_\_\_, la demanderesse a établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'elle souffre de troubles psychiques incapacitants qui perdurent depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2014, de sorte qu'elle a droit à la poursuite du versement des indemnités journalières.

La demanderesse les réclame jusqu'au 31 août 2015. Toutefois, elle n'a pas produit de certificat médical attestant d'une incapacité de travail pour la période postérieure au 30 juin 2015. On ne saurait déduire du dernier rapport du Dr J\_\_\_\_\_, lequel

---

confirme la persistance de l'incapacité de travail, qu'elle se prolonge jusqu'au 31 août 2015.

12. Partant, la demanderesse a droit aux indemnités journalières du 1<sup>er</sup> octobre 2014 au 30 juin 2015, soit un montant de CHF 10'818.30 (CHF 235.18 x 50% x 92 jours) pour la période du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2014 et de CHF 42'567.60 (CHF 235.18 x 100% x 181 jours) pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2015, soit un total de CHF 53'385.90.
13. Enfin, le demandeur conclut au versement d'un intérêt moratoire de 5% dès le 15 décembre 2014 « date moyenne ».

La LCA ne contient pas de dispositions sur la demeure, laquelle est dès lors régie, en vertu de l'art. 100 al. 1 LCA, par les art. 102 ss CO. Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO); lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). 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 (ATF 103 II 102 consid. 1a). Une interpellation est une déclaration, expresse ou par acte concluant, adressée par le créancier au débiteur par laquelle le premier fait comprendre au second qu'il réclame l'exécution de la prestation due (Luc THEVENOZ, Commentaire romand, Code des obligations I, 2<sup>ème</sup> éd. 2012, n. 17 ad art. 102). À défaut d'une telle interpellation, l'intérêt moratoire n'est dû, en cas d'ouverture d'une action en justice, que dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (arrêt du Tribunal fédéral 5C.177/2005 du 25 février 2006 consid. 6.1).

En l'espèce, faute d'interpellation, il y a lieu de relever que la demande en paiement a été transmise à la défenderesse le 4 mars 2015, de sorte que l'on peut admettre que cette dernière l'a reçue le lendemain. Les intérêts moratoires de 5% courent ainsi dès le 5 mars 2015 et non dès le 15 décembre 2014 comme l'a conclu la demanderesse.

14. Au vu de ce qui précède, la demande sera partiellement admise. La défenderesse sera condamnée à verser à la demanderesse des indemnités journalières correspondant à une incapacité totale de travail du 1<sup>er</sup> octobre 2014 au 30 juin 2015, soit CHF 53'385.90, avec un intérêt moratoire de 5% à compter du 5 mars 2015.
15. Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais comprenant les dépens (art. 96 CPC en relation avec l'art. 95 al. 3 let. b). À Genève, le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC - E 1 05.10) détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC).

La demanderesse, représentée par un conseil, obtient partiellement gain de cause, de sorte que la défenderesse est condamnée à lui verser une indemnité de CHF 7'500.- à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 106 al. 1 CPC; art. 20 à

26 de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]; art. 84 et 85 du RTFMC), au vu de la valeur litigieuse.

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

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

**À la forme :**

1. Déclare la demande recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Condamne la défenderesse à payer à la demanderesse la somme de CHF 53'385.90 plus intérêts à 5% l'an dès le 5 mars 2015.
4. Condamne la défenderesse à payer à la demanderesse une indemnité de CHF 7'500.- à titre de dépens, TVA et débours inclus.
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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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