

GE_GERICHTE ATAS/1116/2022 vom 14. Dezember 2022

GE Cour de justice, 2022-12-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1116_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/1116/2022 du 14 décembre 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/1116/2022 del 14 dicembre 2022

Erwägungen

E. 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).

A/2618/2021 - 9/22 - Selon l'art. 2 des CGA, auquel renvoie la police d'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie, le contrat est régi par la LCA en complément auxdites CGA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1er 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. 33 des CGA prévoit qu'en cas de contestations, le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux de l'assureur, soit ceux du lieu de travail suisse pour l'assuré domicilié à l'étranger. La demanderesse ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

E. 1.3

En matière d'assurance collective contre les accidents ou la maladie, l'art. 87 LCA confère un droit propre au bénéficiaire contre l'assureur, dès qu'un accident ou une maladie est survenu. Cette disposition institue une créance indépendante au profit de l'ayant droit, créance qui naît au moment de la survenance du cas d'assurance. L'employeuse en tant que preneuse 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.

E. 1.4

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).

E. 1.5

Pour le surplus, la demande en paiement du 9 août 2021, qui respecte les conditions de formes légales (art. 130 et 244 CPC), est recevable.

A/2618/2021 - 10/22 -

E. 2

Le litige porte sur la question de savoir si la demanderesse peut prétendre à des indemnités journalières de la part de la défenderesse du 16 juin au 31 août 2019 inclus, plus particulièrement de déterminer si elle présentait une incapacité de travail pour cause de maladie durant cette période.

E. 3.1.1

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 plaisir l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a). La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC; RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié; ATF 130 III 321 consid. 3.1; ATF 129 III 18 consid. 2.6; ATF 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction

(ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa).

A/2618/2021 - 11/22 - 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).

E. 3.1.2

Conformément à l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1). En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2; ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.3). 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).

A/2618/2021 - 12/22 -

E. 3.1.3

Une expertise privée n'est pas un moyen de preuve au sens de l'art. 168 al. 1 let. d CPC ; elle doit être assimilée aux allégués de la partie qui la produit (ATF 141 III 433 consid. 2.6; 140

III 24 consid. 3.3.3). Seules doivent être prouvées les allégations qui sont expressément contestées (cf. art. 150 al. 1 CPC) ; une telle contestation doit être suffisamment précise afin que l'on puisse déterminer quelles sont les allégations du demandeur qui sont contestées. En d'autres termes, la contestation doit être concrète à telle enseigne que la partie qui a allégué les faits sache quels sont ceux d'entre eux qu'il lui incombe de prouver. Le degré de la motivation d'une allégation exerce une influence sur le degré exigible de motivation d'une contestation. Plus détaillées sont certaines allégations de la partie qui a le fardeau de la preuve, plus concrètement la partie adverse doit expliquer quels sont au sein de celles-ci les éléments de fait qu'elle conteste. Le fardeau de la contestation ne saurait toutefois entraîner un renversement du fardeau de la preuve (ATF 141 III 433 consid. 2.6 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3 août 2016). Lorsqu'une allégation de partie est contestée de manière circonstanciée par la partie adverse, une expertise privée ne suffit pas à prouver une telle allégation. En tant qu'allégation de partie, une expertise privée peut, combinée à des indices dont l'existence est démontrée par des moyens de preuve, amener une preuve. Toutefois, si elle n'est pas corroborée par des indices, elle ne peut être considérée comme prouvée en tant qu'allégation contestée (ATF 141 III 433 consid. 2.6; arrêts du Tribunal fédéral 4A_247/2020 du 7 décembre 2020 consid. 4 et 4A_626/2015 du 24 mai 2016 consid. 2.5).

E. 3.1.4

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). S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa

A/2618/2021 - 13/22 - désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références; cf. également ATF 134 V 231 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 4A_412/2010 du 27 septembre 2010 consid. 3.1). 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). Les

mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle le demandeur sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATA/143/1999 du 2 mars 1999).

E. 3.1.5

En matière de certificats médicaux, on peut rappeler les considérants suivants, développés en matière de droit du travail mais qui s'appliquent mutatis mutandis à la présente procédure. Le juge tient généralement compte du certificat médical, pour autant qu'il n'ait pas de doutes fondés sur son exactitude. Il s'agit ainsi d'une preuve apparente (Anscheinsbeweis). Un certificat n'a ainsi pas valeur de preuve absolue, et l'employeur peut le mettre en doute en y opposant ses propres preuves. S'il y parvient, l'employé devra amener la preuve de son incapacité de travail que le certificat médical ne suffit alors plus à établir. La preuve apparente ne devient toutefois caduque que lorsqu'il est démontré qu'il existe une possibilité sérieuse que les faits se soient déroulés différemment. Ainsi, le juge peut s'écarter du certificat médical lorsqu'à la lumière des circonstances, il apparaît qu'il n'y a pas eu d'incapacité de travail effective (Roland MÜLLER, *Arztzeugnisse in arbeitsrechtlichen Streitigkeiten*, Pratique juridique actuelle [PJA], 2010/2, pp. 169-170). En cas de doute sur l'existence de l'incapacité de travail, il appartient à l'assureur d'apporter la preuve du contraire, le cas échéant, en demandant à l'assuré de se soumettre à un examen médical auprès du médecin-conseil ou d'un autre médecin (Jean-Michel DUC, *Questions de procédure en assurance perte de gain maladie LCA*, in : *Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle*, Berne 2010, p. 147).

A/2618/2021 - 14/22 -

E. 3.2.1

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1er janvier 1996, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de cette loi 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 au Code des obligations du 30 mars 1911 (CO - 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; ATF 122 III 118 consid. 2a; ATF 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).

E. 3.2.2

En l'occurrence, la police d'assurance prévoit une indemnité journalière en cas de maladie s'élevant à 100 % du salaire assuré, versée pendant sept cent trente jours au maximum, sous déduction d'un délai d'attente de quatorze jours. Selon l'art. 3 ch. 3, 1ère phrase des CGA, par maladie, on entend 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 le ch. 7, 1ère phrase de cette disposition, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. À teneur de l'art. 13 ch. 1 let. a, 1ère phrase des CGA, l'indemnité journalière est allouée proportionnellement au degré d'incapacité qui doit être d'au moins 25 %.

E. 4.1

En l'espèce, la demanderesse réclame le paiement par la défenderesse, sous suite de frais et dépens, d'un montant de CHF 12'658.80, avec intérêts à 5% l'an à compter du 15 juillet 2019, à titre d'indemnités journalières impayées du 16 juin au 31 août 2019. Elle fait valoir qu'elle était en incapacité de travail à 100% pour cause de maladie auprès de l'employeuse durant la période en cause et se réfère aux rapports et déclarations de son médecin traitant.

A/2618/2021 - 15/22 -

E. 4.2

La défenderesse estime ne pas avoir à verser d'indemnités journalières pour cause de maladie à la demanderesse au-delà du 15 juin 2019. Elle se fonde sur le rapport d'examen du Dr F_____ du 17 juin 2019, lequel conclut à la capacité totale de travail dès le 7 juin 2019.

E. 4.3

En l'occurrence, il y a lieu d'examiner si la demanderesse présentait une incapacité de travail pour cause de maladie, de 25 % au moins, du 16 juin au 31 août 2019. Conformément à la jurisprudence précitée, la charge de la preuve de l'incapacité de travail incombe à la demanderesse.

E. 5.1.1

À titre liminaire, il sied de relever que la demanderesse n'a pas eu l'occasion de se déterminer sur le libellé des questions soumises au Dr F_____, de sorte que le rapport du psychiatre du 17 juin 2019 et son complément ne sont en tout état de cause pas une expertise au sens strict du terme, mais une expertise privée qui doit être considérée comme une simple allégation de partie.

E. 5.1.2

Dans la mesure où tant les rapports médicaux produits par la demanderesse que celui produit par la défenderesse sont contestés par la partie adverse, ils constituent de simples allégations. Il convient donc de déterminer si les allégations résultant de ces différents rapports médicaux, combinés à des indices objectifs, peuvent apporter la preuve de leur propre véracité.

E. 5.1.3

Les parties ont renoncé valablement à la tenue d'une audience de débats principaux et la seule offre de preuve proposée par la demanderesse a été l'audition de son psychiatre traitant, le Dr D_____, laquelle a eu lieu par voie écrite, conformément à l'ordonnance de preuve du 28 mars 2022 de la chambre de céans.

E. 5.2

Il ressort des éléments médicaux versés à la procédure que la demanderesse a été mise en arrêt de travail à 100% pour maladie dès le 3 avril 2019 (cf. certificats des 3 avril et 1er mai 2019 du Dr C_____ et du 5 juin 2019 du Dr D_____). La défenderesse a accepté de verser des indemnités journalières perte de gain jusqu'au 15 juin 2019 compris, retenant qu'au-delà du 7 juin 2019 (jour de l'examen de la demanderesse par le Dr F_____), la demanderesse ne présentait plus d'incapacité de travail pour une raison médicale, ce que la demanderesse conteste.

E. 5.3

La demanderesse fait valoir les rapports et déclarations écrites de son psychiatre traitant, le Dr D_____, ainsi que le rapport, non daté, établi par le Dr H_____ en remplacement du Dr D_____. Il ressort de ces documents les éléments suivants :

A/2618/2021 - 16/22 -

E. 5.3.1

Le Dr D_____ a certifié qu'il suivait la demanderesse depuis le 4 avril 2019 et que celle-ci était également suivie en psychothérapie hebdomadaire auprès de Mme E_____ depuis le 2 mai 2019 (cf. certificat du 14 mai 2019). Il a établi l'arrêt de travail à 100% pour maladie en faveur de la demanderesse pour la période du 1er au 15 juin 2019 sans donner d'explication (cf. certificat du 5 juin 2019) et un nouvel arrêt de travail à 100% pour maladie dès le 16 juin 2019, limité à son actuel emploi, précisant que la capacité de travail était en revanche entière sur le plan psychique pour tout autre emploi (cf. certificat du 12 juin 2019). Il a par la suite certifié avoir conseillé à la demanderesse de démissionner pour des raisons de santé psychique et confirmé l'incapacité totale de retourner au sein de cet emploi (cf. certificat du 13 juin 2019). Le Dr D_____ a confirmé en 2021 que la reprise du travail de la demanderesse auprès de son employeur de l'époque était contre-indiquée pour des raisons strictement médicales (cf. rapport du 7 juin 2021). Interrogé par la chambre de céans en cours de procédure, ce médecin a déclaré par écrit que lorsqu'il a établi le certificat d'arrêt de travail à 100% en faveur de la demanderesse dès le 16 juin 2019, celle-ci présentait des symptômes anxio- dépressifs majeurs principalement consécutifs au conflit avec son employeur. Il retenait le diagnostic de trouble de l'adaptation (F43.2). Ce trouble était réactionnel mais les capacités de la demanderesse pouvaient immédiatement être récupérées, du moins en grande partie, par un changement d'employeur. Aussi, il avait estimé que l'incapacité à 100% était liée à l'employeur actuel et nullement à un autre futur employeur ; que ce qu'il expliquait se référait à une situation clairement présente dès le 15 juin 2019 et sans limite dans le temps puisque le conflit entre l'employeur et la demanderesse ne paraissait nullement soluble. Il maintenait donc son affirmation selon laquelle entre le 15 juin et le 31 août 2019, la demanderesse était entièrement incapable de travailler pour son employeur de l'époque (cf. courriers des 14 juin et 12 juillet 2022).

E. 5.3.2

Dans son rapport non daté, établi pour la période d'avril à novembre 2019, le Dr H_____ a indiqué les motifs de la consultation psychiatrique de la demanderesse, à savoir qu'elle avait commencé à consulter en raison d'angoisses d'abandon et de persécution. Il relève qu'elle se trouvait en conflit avec son employeur dont l'attitude à son égard et à l'égard de son travail était vécue comme maltraitante et relatait une situation abusive dans l'exercice des devoirs de l'employeur. Elle expliquait également s'être coupée de tous ses contacts amicaux ces dernières années par la nécessité de s'isoler. Le Dr H_____ a établi une anamnèse complète et décrit le status psychique de la demanderesse. Il a posé les diagnostics de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) et d'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (F50.4). Il a expliqué que le tableau clinique l'avait amené à formuler l'hypothèse d'une personnalité borderline grave et qu'elle présentait une réaction anxieuse et dépressive au contexte social et professionnel, ainsi qu'un trouble alimentaire

A/2618/2021 - 17/22 - depuis l'adolescence sur fond de blessures narcissiques importantes et de self très dévalorisé. C'était entre autres, selon ce médecin, les difficultés du passé non élaborées qui, dans un contexte de difficultés élaboratives, paraissaient avoir conduit à des traumatismes et à un trouble de la personnalité avec dépressivité et anxiété et l'intégration socio-professionnelle étaient grandement impactées. Il a indiqué que la demanderesse bénéficiait d'un suivi bifocal, composé d'une psychothérapie individuelle bihebdomadaire d'orientation psychodynamique par le psychologue sous délégation médicale, ainsi que d'un suivi psychiatrique sporadique ou d'urgence selon le besoin, à but évaluatif et gérant notamment une médication antidépressive et anxiolytique. Cette prise en charge était, selon lui, à prévoir sur une longue durée au vu du trouble de la personnalité et nécessitait un suivi soutenu au vu des comportements autodestructeurs. Il a expliqué que le but du traitement était de permettre à la demanderesse une diminution des angoisses par un travail sur les représentations et sur une historisation des vécus qui lui paraissaient incompréhensibles, afin de l'aider entre autres à prendre confiance en elle. Il a estimé que la question de l'avidité et de la nécessité de la combler pour éviter l'angoisse d'abandon devait en particulier être élaborée et, plus globalement, le travail cherchait à permettre l'élaboration des traumatismes infantiles et l'intégration d'un objet interne sécuritaire.

E. 5.4

La défenderesse conteste les conclusions des médecins traitants de la demanderesse et se rapporte au rapport du Dr F_____, qu'elle a mandaté pour examiner la demanderesse, ainsi qu'à l'avis de son médecin-conseil, le Dr G_____.

E. 5.4.1

Dans son rapport du 17 juin 2019, le Dr F_____ a indiqué avoir examiné la demanderesse le 7 juin 2019 avec une durée d'entretien d'1 heure 55, avoir eu un entretien téléphonique avec le Dr D_____ de 11 minutes et avec Mme E_____ de 10 minutes. Il a établi une anamnèse complète et détaillée, décrit les plaintes de la demanderesse, sa journée-type ainsi que les renseignements pris auprès du Dr D_____ et de Mme E_____. Le Dr F_____ a résumé ses constatations et indiqué qu'au moment de son examen, sur le plan psychiatrique, le tableau clinique était asymptotique. Il a relevé que la demanderesse s'était montrée euthymique, détendue, réactive sur le plan émotionnel et à l'aise dans le contact, que certes, elle avait exprimé une déception par rapport à l'expérience faite chez son employeur actuel et faisait part de sa colère pour sa cheffe, ainsi que de son sentiment de non-reconnaissance,

mais que ces sentiments ne relevaient pas, selon lui, du registre de la psychopathologie, mais reflétaient une réaction physiologique tout à fait naturelle face aux conflits et à une insatisfaction professionnelle et n'étaient pas un signe de maladie psychique. Il a estimé que le manque de confiance en soi que la demanderesse avait mis en avant était très sélectif et concernait essentiellement la reprise du travail, car elle n'avait donné aucun autre exemple de cette perte de confiance en soi dans d'autres domaines de la vie. Au contraire, il a soulevé

A/2618/2021 - 18/22 - qu'elle avouait qu'elle s'occupait de ses affaires et s'engageait dans des démarches administratives notamment auprès d'Unia et de l'Hospice général. Selon ce médecin, la présentation de la demanderesse à l'examen n'évoquait pas non plus de manque de confiance en soi et ce qu'elle décrivait était en réalité une réaction d'évitement face à un événement stressant (conflit), réaction qui n'était pas en soi pathologique. Il a considéré que les troubles de la concentration allégués n'avaient pas été constatés lors de l'examen et que, de surcroît, la demanderesse elle-même ne les évoquait pas lorsqu'elle parlait de ses activités dont certaines nécessitaient la fixation de l'attention pendant un temps prolongé et de bonnes capacités de concentration. Il a relevé qu'elle arrivait à suivre des séries télévisées et à lire des livres qui l'intéressaient. Ainsi, au vu du tableau asymptomatique, le Dr F_____ ne retenait aucun diagnostic psychiatrique. Il a écarté le diagnostic d'épisode dépressif, car la demanderesse ne présentait aucun des symptômes cardinaux de la dépression (elle s'était montrée euthymique à l'entretien, avait repris ses activités habituelles, notamment des activités de type loisir, était active au quotidien, ses journées étant à l'heure actuelle bien remplies et aucun signe de fatigue n'était constaté). Au jour de l'examen, il a également écarté le diagnostic différentiel de trouble de l'adaptation, la demanderesse ne présentant pas un état de bouleversement émotionnel, un état de détresse ni aucun autre symptôme qui pouvait évoquer ce trouble. Il a estimé que l'analyse rétroactive du tableau clinique sur le plan nosologique était difficile. Selon lui, le tableau clinique décrit par le psychiatre traitant et la psychologue était compatible avec le diagnostic de trouble de l'adaptation et il indiquait ne pas avoir d'argument solide pour remettre en question la pertinence de ce diagnostic. Cependant, il a relevé quelques incohérences, induisant un doute au moins quant à la sévérité des symptômes évoqués par la demanderesse et/ou leur constance. En tous les cas, au jour de son examen, il a estimé que la demanderesse ne présentait pas de symptôme qui justifierait le diagnostic de trouble de l'adaptation, précisant que ce diagnostic avait dû évoluer favorablement et était actuellement résolu. Étant donné que le conflit entre la demanderesse et sa patronne n'avait pas été résolu et qu'il induisait toujours chez elle des émotions négatives et des réactions d'évitement, le Dr F_____ retenait des « difficultés liées à l'emploi et au chômage, désaccord avec le supérieur et les collègues » (Z56.4) afin de reconnaître la présence de ce facteur contextuel. Au moment de son examen, du point de vue psychiatrique, il a considéré que la capacité de travail de la demanderesse dans son activité habituelle d'assistante administrative était pleine. Selon le Dr F_____, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et il était très difficile de retracer rétroactivement l'évolution de l'état clinique de l'assurée et par conséquent les altérations de sa capacité de travail qui avaient eu lieu depuis le mois de mars 2019. Étant donné qu'il ne constatait aucune limitation fonctionnelle à son examen et que la capacité de travail de la demanderesse était pleine au moment de son évaluation, prenant en

A/2618/2021 - 19/22 - compte qu'elle déclarait elle-même que son état n'avait pas significativement changé au cours des trois dernières semaines, pendant lesquelles elle avait repris des activités et retrouvé la motivation, il pouvait supposer qu'une pleine capacité de travail devait exister depuis au moins trois semaines. Dans son appréciation de la capacité de travail, le Dr F_____ n'avait pas pris en considération des facteurs non médicaux, tels que les conditions de travail et le conflit entre la demanderesse et sa supérieure, car ces facteurs avaient un caractère contextuel et n'influençaient pas la capacité de travail de la personne du point de vue médical. En ce qui concernait un éventuel retour de la demanderesse chez son employeur actuel, sur son dernier poste, dans le contexte bien précis, le Dr F_____ a estimé que cette question ne relevait pas de ses compétences. La problématique de conflit ne constituait pas en soi, selon lui, une problématique médicale, même si elle pouvait parfois avoir des conséquences sur la santé de la personne et la question du retour chez l'employeur ne référerait pas à la capacité de travail qui était pleine dans l'activité habituelle, mais concernait soit l'aptitude de l'assurée pour son poste actuel, dans un contexte précis (et sur ce plan seul le médecin du travail était habilité à se prononcer), soit les aspects organisationnels et relationnels qui n'étaient pas du ressort de la médecine. Le Dr F_____ pouvait seulement évoquer que la demanderesse ressentait toujours des émotions négatives envers sa cheffe et qu'elle avait tenu des propos inquiétants devant lui.

E. 5.5

Le Dr G_____ a quant à lui estimé que le rapport du Dr F_____ était pertinent et convaincant (cf. rapport du 17 juillet 2019), puis, concernant les déclarations du Dr D_____ en cours de procédure, que la présence de symptômes ne contredisait pas l'expertise du Dr F_____, qui relatait les plaintes de la demanderesse, au travers desquelles il était possible de voir une amélioration et des plaintes résiduelles. Il a relevé que l'examen clinique du Dr F_____ était en revanche bien plus détaillé et montrait que le constat clinique n'était pas ou plus celui d'une personne souffrant d'un trouble de l'adaptation. Le Dr D_____ n'était, selon lui, pas précis dans ses réponses et son argumentation du diagnostic. Le Dr G_____ a soulevé que l'expertise du Dr F_____ était également conforme avec les déclarations du psychiatre traitant, puisqu'elle montrait bien le fait que la capacité fonctionnelle de la demanderesse était en tout cas récupérée au moment de son examen. Le Dr F_____ rappelait néanmoins que la notion d'environnement était un facteur qui ne pouvait pas être pris en considération pour déterminer la capacité de travail, seuls comptaient les plaintes, les constats, le quotidien et la cohérence entre ces éléments et d'autres aspects tels que les traitements mis en œuvres. Pour le surplus, le Dr G_____ rappelait que la notion de souffrance subjective, existant inévitablement en situation alléguée de conflit professionnel, n'était pas un synonyme de maladie mentale. Le seul fait qu'une incapacité soit attestée à géométrie variable devait faire examiner la situation sous l'angle de la cohérence, car un tel certificat sous-entendait la participation de facteurs extra-médicaux, dont le médecin n'était d'ailleurs, dans la majorité des

A/2618/2021 - 20/22 - cas, aucunement témoin. Force était de constater, selon le Dr G_____, que le Dr D_____ abondait dans le sens du Dr F_____, puisqu'il considérait la présence de capacités fonctionnelles complètes, d'un point de vue psychiatrique. Ainsi, sur le plan strictement médical, il a considéré que la vision de la situation était la même pour les médecins et l'incapacité de travail pour motif de maladie n'était pas justifiée au-delà de l'expertise du Dr F_____ (cf. avis du 29 juin 2022).

E. 5.6

Force est de constater d'abord que le diagnostic posé par le Dr D_____ et ceux posés par le Dr H_____ sont différents. En effet, le premier retient un trouble de l'adaptation (F43.2), alors que le second retient un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) et une hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (F50.4). Or, ces différentes constatations fragilisent leurs appréciations respectives de l'état de santé psychique de la demanderesse. Ensuite, le fait que les rapports et déclarations du Dr D_____ soient relativement succincts et peu détaillés contribue également à faire naître le doute sur ses conclusions. Le Dr H_____ a certes établi un rapport plus détaillé mais ne parvient pas aux mêmes conclusions que celles du Dr D_____ et, surtout, il ne se prononce pas sur la capacité de travail de la demanderesse, encore moins à son poste auprès de son employeur de l'époque. Quant au Dr F_____, après avoir examiné la demanderesse et s'être renseigné auprès de son psychiatre traitant et de sa psychologue, il a établi un rapport détaillé et précis, dont les explications sont suffisamment convaincantes pour remettre en cause les allégations de la demanderesse sur les causes de son incapacité de travail. Enfin, le Dr G_____ confirme la position du Dr F_____, estimant qu'en réalité, elle ne contredit pas les constatations du Dr D_____ sur le plan médical, mais constitue simplement une appréciation différente, plus convaincante et mieux motivée. Dans la mesure de ce qui précède, plusieurs éléments font naître des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations de la demanderesse, laquelle n'est ainsi pas parvenue à prouver que son incapacité de travail était due à la maladie. Or, conformément à la police d'assurance et aux CGA, pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance perte de gain, il fallait, en l'espèce, justifier d'une incapacité de travail résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, ce qui ne peut, en l'état, être retenu pour la période litigieuse.

E. 6

Dès lors, la demande doit être rejetée. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge de la demanderesse (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois

A/2618/2021 - 21/22 - fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]) ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC).

A/2618/2021 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.