

GE_GERICHTE ATAS/169/2026 vom 2. März 2026

GE Cour de justice, 2026-03-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_169_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/169/2026 du 2 mars 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/169/2026 del 2 marzo 2026

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 citées). Selon la lettre A9.1 des CGA, applicables à la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

Selon l'art. 31 CPC, le tribunal du domicile ou du siège du défendeur ou celui du lieu où la prestation caractéristique doit être exécutée est compétent pour statuer sur les actions découlant d'un contrat, étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En l'occurrence, la lettre A9.2 des CGA prévoit que seuls les tribunaux ordinaires suisses sont compétents pour les litiges relevant du contrat d'assurance. La prestation caractéristique visant le versement d'indemnités journalières, il s'agit d'une dette portable qui doit être exécutée au lieu du domicile de l'assuré (ATAS/135/2025 du 10 mars 2025 consid. 1.2). La demanderesse, en sa qualité d'assurée, étant domiciliée dans le canton de Genève, la chambre de céans est également compétente à raison du lieu.

E. 1.3

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

E. 1.4

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

E. 2

Le litige porte sur le droit éventuel de la demanderesse à des indemnités journalières au-delà du 30 novembre 2024, date à compter de laquelle la défenderesse a mis fin auxdites prestations.

E. 2.1

Sur le plan matériel, la LCA a fait l'objet d'une révision entrée en vigueur le 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2020 4969 ; RO 2021 357). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle qui était en vigueur lors de réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence). Selon la disposition transitoire relative à cette modification, seules les prescriptions en matière de forme (let. a) et le droit de résiliation au sens des art. 35a et 35b LCA (let. b) s'appliquent aux contrats qui ont été conclus avant l'entrée en vigueur de cette modification. S'agissant des autres dispositions de la LCA, elles s'appliquent uniquement aux nouveaux contrats (Message concernant la révision de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, FF 2017 4812). En l'occurrence, le contrat d'assurance a été conclu avant le 1er janvier 2022 et l'objet du litige ne porte ni sur des prescriptions en matière de forme, ni sur le droit de résiliation au sens des art. 35a et 35b LCA, de sorte que les dispositions de la LCA applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

E. 2.2

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).

E. 2.2.1

La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces ; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a). Lorsque la partie est assistée d'un mandataire professionnel, le tribunal doit appliquer la maxime inquisitoire sociale avec retenue. S'il doit toujours attirer

A/2333/2025 - 16/24 - l'attention des parties sur les lacunes du dossier et les inviter à le compléter, il ne peut ordonner d'office des mesures d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 4A_522/2008 du 3 septembre 2009 in RSPC 2010 p. 12).

E. 2.2.2

La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC - RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié ; 130 III 321 consid. 3.1 ; 129 III 18 consid. 2.6 ; 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c ; 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c ; 119 III 60 consid. 2c ; 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1). En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de A/2333/2025 - 17/24 - causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 ; 132 III 715 consid. 3.1 ; 130 III 321 consid. 3.3). En vertu de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont

apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1). En ce qui concerne la survenance d'un sinistre assuré, le degré de preuve nécessaire est en principe abaissé à la vraisemblance prépondérante (en lieu et place de la règle générale de la preuve stricte ; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Le défendeur conserve toutefois la possibilité d'apporter des contre-preuves ; il cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Cependant, dans un arrêt du 31 août 2021, le Tribunal fédéral a modifié la jurisprudence précitée, en ce sens que l'existence d'un cas d'assurance constitué par une incapacité de travail est désormais soumise au degré de preuve de la preuve stricte (ATF 148 III 105 consid. 3.3.1 in fine). Par conséquent, la preuve est apportée lorsque le tribunal, en se fondant sur des éléments objectifs, est convaincu de l'exactitude d'une allégation de fait. Il suffit qu'il n'y ait plus de doutes sérieux quant à l'existence du fait allégué ou que les doutes qui subsistent éventuellement paraissent légers (ATF 148 III 105 consid. 3.3.1).

E. 2.2.3

S'agissant d'une assurance de dommages, conformément à l'art. 8 CC, la personne assurée doit établir au degré de la vraisemblance prépondérante que son incapacité de travailler pour cause de maladie lui a causé une perte de gain, c'est-à-dire un dommage. Autrement dit, elle doit établir avec vraisemblance prépondérante que si elle n'était pas malade, elle exercerait une activité lucrative. Cela implique donc de se poser, dans chaque cas d'espèce, la question suivante : le travailleur exercerait-il ou non une activité lucrative s'il n'était pas malade ? Ce n'est en effet que dans l'affirmative que tant l'assurance d'indemnités journalières

A/2333/2025 - 18/24 - pour cause de maladie que l'assurance-chômage allouent des prestations. Il ressort de la jurisprudence qu'il faut distinguer deux cas de figure, en fonction du moment auquel intervient la résiliation du contrat de travail (signification du congé) : 1) Si la personne assurée était déjà malade au moment où son contrat de travail a été résilié, après la période de protection contre les congés, il est présumé (présomption de fait) que, sans la maladie qui l'affecte, elle exercerait non seulement une activité lucrative, mais elle aurait continué à travailler pour son employeur, et donc à percevoir le même salaire pendant toute la durée de son incapacité de travail. Dans ce cas de figure, la perte de gain correspond à sa perte de salaire (ATF 147 III 73 consid. 3.2 et 3.3). 2) Si la personne assurée a été licenciée avant de tomber malade (pendant le délai de congé), elle doit établir avec une vraisemblance prépondérante qu'elle exercerait une activité lucrative si elle n'était pas malade, et qu'elle aurait eu droit aux indemnités de l'assurance-chômage. Dans ce cas de figure, il ne peut pas être présumé qu'elle percevrait le même salaire que précédemment et les indemnités journalières doivent être calculées sur la base des indemnités de l'assurance-chômage (ATF 147 III 73 consid. 3.3; cf. toutefois consid. 4 non publié de cet ATF s'agissant d'un nouvel emploi concret [« konkret bezeichnete Stelle »], avec des indications sur le nouveau salaire possible). Lorsqu'elle est en incapacité de travail, la personne qui exercerait une activité lucrative si elle n'était pas malade n'est pas apte au travail et ne peut donc pas percevoir de prestations de l'assurance-chômage. En revanche, puisqu'elle est malade, elle a droit aux prestations de l'assurance-maladie collective, calculées sur la base des indemnités de l'assurance-chômage (arrêt du Tribunal fédéral 4A_417/2023 du 1er octobre 2024 consid. 6.1). Une personne sans emploi, qui réclame des

indemnités journalières pour cause de maladie sans avoir droit à des indemnités journalières de l'assurance-chômage, doit établir avec une vraisemblance prépondérante, pour prouver une perte de gain, qu'elle exercerait une activité lucrative si elle n'était pas malade (ATF 141 III 241 consid. 3). La preuve de l'exercice d'une activité lucrative au degré de la vraisemblance prépondérante doit être apportée par des indices concrets, qui peuvent notamment ressortir du curriculum vitae et des entretiens d'embauche (arrêt du Tribunal fédéral 4A_424/2020 du 19 janvier 2021 consid. 4.3, non publié in ATF 147 III 73).

E. 2.3

Aux termes de l'art. 168 al. 1 CPC, les moyens de preuve sont le témoignage (let. a) ; les titres (let. b) ; l'inspection (let. c) ; l'expertise (let. d) ; les renseignements écrits (let. e) ; l'interrogatoire et la déposition de partie (let. f). L'expertise en tant que moyen de preuve admis au sens de l'art. 168 al. 1 let. d CPC ne vise que l'expertise judiciaire au sens de l'art 183 al. 1 CPC (ATF 141 III 433 consid. 2.5.2 et 2.5.3).

A/2333/2025 - 19/24 - Selon l'art. 177 CPC, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2025, les titres sont des documents propres à prouver des faits pertinents, tels les écrits, les dessins, les plans, les photographies, les films, les enregistrements audio, les fichiers électroniques, les données analogues et les expertises privées des parties. Dans son Message du 26 février 2020 relatif à la modification du code de procédure civile suisse [Amélioration de la praticabilité et de l'application du droit], FF 2020 2607), le Conseil fédéral relevait que selon le Tribunal fédéral, les expertises privées ou soumises par les parties - c'est-à-dire les rapports d'experts n'ayant pas été sollicités par le tribunal conformément aux art. 183 ss CPC mais commandés par une partie elle-même - ne constituaient pas des titres au sens de l'art. 177 CPC et n'étaient en conséquence pas des moyens de preuve admissibles au sens de l'art. 168 al. 1 CPC (FF 2020 2607 p. 2659, note de bas de page 192 : ATF 141 III 433 consid. 2). Cela résultait en premier lieu, selon lui, du fait que, lors de l'élaboration du CPC, les expertises privées ou soumises par les parties avaient été exclues non seulement en tant que type d'expertise mais de façon générale en tant que moyen de preuve. En contradiction avec une grande partie de la doctrine, cette jurisprudence avait fait l'objet de critiques (FF 2020 2607 p. 2659). Le Conseil fédéral, étant d'avis que cette interprétation du droit n'était pas satisfaisante et que ce point devait donc être adapté, a alors proposé de prévoir expressément dans la loi que les expertises privées des parties sont également considérées comme des titres soumis aux principes généraux applicables en la matière et constituent ainsi un moyen de preuve admissible selon l'art. 168 al. 1 let. b CPC. Les expertises privées ou fournies par les parties resteront soumises au principe de la libre appréciation des preuves par le tribunal au sens de l'art. 157 CPC et leur force probante dans le cas concret dépendra de toutes les circonstances à prendre en compte (par ex. les liens entre la partie et l'expert, les circonstances de l'attribution du mandat, la procédure et le déroulement de l'expertise, la compétence de l'expert, etc. ; cf. FF 2020 2607 p. 2660). Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des prestations en matière d'assurance sociale. Rien ne justifie de ne pas s'y référer également lorsqu'une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu (arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2). Le principe de la libre appréciation des preuves signifie que le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de statuer sur le

droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A_253/2007 du 13 novembre 2007 consid. 4.2). En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se

A/2333/2025 - 20/24 - fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci ; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1).

E. 2.4

Les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal sont soumises au droit privé, plus particulièrement à la LCA ; ATF 124 III 44 consid. 1a/aa). Comme l'art. 100 al. 1 LCA renvoie à la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO, Code des obligations - RS 220) pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même, la jurisprudence en matière de contrats est applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du contrat. Les dispositions contractuelles préformulées sont en principe interprétées selon les mêmes règles que les clauses contractuelles rédigées individuellement (ATF 133 III 675 consid. 3.3 ; 122 III 118 consid. 2a ; 117 II 609 consid. 6c). La LCA ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de sorte qu'en principe, le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties (ATF 133 III 185 consid. 2). Le droit aux prestations d'assurances se détermine donc sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.263/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a).

E. 3.1

La police d'assurance du 9 novembre 2021 prévoit le versement d'une indemnité journalière en cas de maladie à hauteur de 80% du salaire assuré durant 730 jours, avec un délai d'attente de 30 jours. Selon la lettre B1.1 des CGA, la défenderesse verse les indemnités journalières mentionnées dans la police pour les conséquences économiques d'une incapacité de travail due à une maladie. Selon la lettre B9.2 des CGA, en cas d'incapacité de travail totale, la défenderesse paie l'indemnité journalière mentionnée dans la police. En cas d'incapacité de

A/2333/2025 - 21/24 - travail partielle, l'indemnité journalière est fixée proportionnellement au degré de cette incapacité. Une incapacité de travail inférieure à 25% ne donne pas droit à une indemnité journalière. Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique subie par la personne assurée, qui est principalement

imputable à des causes médicales, et qui n'est pas due à un accident, qui exige un examen ou un traitement médical et qui provoque une incapacité de travail (lettre D1.1 des CGA).

E. 3.2

Sur le plan médical, la demanderesse requiert le versement d'indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail de 100% au-delà du 30 novembre 2024 en se basant sur les certificats d'arrêt de travail et les rapports émis par son psychiatre traitant. La défenderesse, de son côté, conteste devoir prêter davantage, en s'appuyant sur le rapport d'expertise psychiatrique du

E. 3.3

En effet, l'assurance en question constitue une assurance de dommages. Selon l'art. B13.1 des CGA, les prestations de tiers sont imputées, sauf dans le cas d'une assurance de sommes. La recourante bénéficie de l'assurance collective en tant que salariée de l'entreprise qui est la preneuse d'assurance. Le personnel assuré, en particulier la recourante, n'a pas été nommé(e) dans la police d'assurance. Selon l'art. B4.2 des CGA, les indemnités journalières sont calculées sur la base du dernier salaire AVS perçu dans l'entreprise assurée avant le début de la maladie. Ces éléments plaident pour une assurance de dommages (dans ce sens : ATF 146 III 339 consid. 5.2.4, voir le consid. 5.2.3 pour la distinction entre une assurance de sommes et une assurance de dommages). Or, dans le cadre d'une assurance d'indemnités journalières conçue comme une assurance de dommages, ledit dommage - soit la perte de gain - doit être démontré au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 141 III 241 consid. 3.1). En l'occurrence, la demanderesse fait valoir que le montant des indemnités journalières à partir du 1er décembre 2024 doit être déterminé en fonction du salaire perçu durant la relation contractuelle avec l'ancienne employeuse, soit un montant journalier de CHF 291.53. Or, la résiliation des rapports de travail a été communiquée par courrier du 27 avril 2023 et la demanderesse est tombée en incapacité de travail totale le 8 mai 2023, soit pendant le délai de congé. Dans ce cas de figure, la demanderesse ne bénéficie pas de la présomption de fait en ce sens que sans la maladie qui l'affecte, elle exercerait encore une activité lucrative et qu'elle aurait continué à travailler pour son ancienne employeuse et donc à percevoir le même salaire pendant toute la durée de son incapacité de travail. En d'autres termes, sa perte de gain ne correspond pas à sa perte de salaire auprès de l'ancienne employeuse. Dans sa réplique, la demanderesse a indiqué qu'elle ne remplissait pas les conditions relatives à la durée des cotisations, raison pour laquelle elle ne s'était pas inscrite à l'assurance-chômage (procès-verbal de l'audience du 2 février 2026 p. 3). Dans ce cas, le montant des indemnités journalières de l'assurance perte de

A/2333/2025 - 23/24 - gain ne peut pas être calculé sur la base des indemnités de l'assurance-chômage, faute de perte de gain de remplacement. La demanderesse n'apporte aucune preuve au degré de la vraisemblance prépondérante pour établir que, sans maladie, elle aurait exercé une nouvelle activité professionnelle avec un revenu équivalent à celui auprès de l'ancienne employeuse. Lors de la dernière expertise psychiatrique, elle a déclaré qu'elle consultait des offres de travail auxquelles elle n'avait pas postulé (rapport du

E. 6

novembre 2024 p. 10). Lors de l'audience du 2 février 2026, la demanderesse a confirmé que les activités qu'elle avait mentionnées sur les réseaux sociaux (founder and business developer, founder and managing director, ou les activités R_____ et de vente de

vêtements) étaient destinées à créer des opportunités de contacts qui ne s'étaient pas concrétisées (procès-verbal précité p. 4). La demanderesse ne prouve donc pas qu'elle aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, commencé une nouvelle activité professionnelle ni le montant du salaire qu'elle percevrait (cf. arrêts du Tribunal fédéral 4A_581/2024 du 1er avril 2025 consid. 7.2.2 ; 4A_424/2020 du 19 janvier 2021 consid. 4). Force est de conclure que la preuve d'une perte de gain n'est pas établie par la demanderesse. 4. La demande doit dès lors 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 fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]) ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC).

A/2333/2025 - 24/24 - 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.