

# **GE\_GERICHTE ATAS/871/2017 vom 10. Oktober 2017**

GE Cour de justice, 2017-10-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_871\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_871_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/871/2017 du 10 octobre 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/871/2017 del 10 ottobre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Les questions de la compétence de la chambre de céans et de la recevabilité de la demande ont d'ores et déjà été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 7 novembre 2016, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.

### **E. 2**

a. Le litige portait initialement sur le paiement de CHF 16'784.10 à titre de complément d'indemnités journalières pour la période du 1er juillet au 30 novembre 2015, étant rappelé que la demanderesse avait perçu pour cette période des indemnités pour une incapacité de travail de 50% alors que ses certificats médicaux attestaient d'une totale incapacité de travail, ainsi que sur le paiement de CHF 6'801.40 à titre d'indemnités journalières pour la période du 1er au 31 décembre 2015, sous déduction d'un éventuel montant qui lui serait versé. Dans ses écritures des 8 mars, 25 avril 2016 et 8 février 2017, la demanderesse a réclamé en outre le paiement des prestations jusqu'au 9 mai 2016, correspondant à une incapacité de travail de 100% jusqu'au 8 mars 2016 et de 50% du 9 mars au 9 mai 2016. b. S'agissant de la recevabilité de ces conclusions amplifiées, il convient de rappeler que, conformément à l'art. 243 al. 2 let. f du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272), les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) sont soumis à la procédure simplifiée. Selon la doctrine, les art. 227 et 230 CPC – relatifs à la procédure ordinaire – s'appliquent par analogie à la modification des conclusions en procédure simplifiée (Denis TAPPY, Code de procédure civile commenté, n°20 ad art. 246 CPC ; cf. ATAS/550/2015 du 14 juillet 2015 consid. 8). Or, selon l'art. 227 al. 1 CPC, la demande peut être modifiée si la prétention nouvelle ou modifiée relève de la même procédure et si l'une des conditions suivantes est remplie : la prétention nouvelle ou modifiée présente un lien de connexité avec la dernière prétention (let. a), la partie adverse consent à la modification de la demande (let. b). Cette disposition, dont les conditions sont alternatives, détermine à quelles conditions un changement de conclusions est admissible (Denis TAPPY, op. cit., n°14 et 18 ad art. 227 CPC). Il y a connexité matérielle lorsque les deux actions ont le même fondement matériel ou juridique, notamment lorsqu'elles reposent sur un même contrat ou un même état de fait (ATF 129 III 230 consid. 3.1).

A/4343/2015 - 20/32 - c. En l'espèce, le versement des indemnités journalières pour les mois de janvier à mai 2016 est sans conteste en lien de connexité matérielle avec la demande du 10 décembre 2015 puisqu'il repose sur le même état de fait et sur le même rapport juridique. Partant, les conclusions amplifiées de la demanderesse sont recevables.

### **E. 3**

En vertu de l'art. 8 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210), 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). 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 principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 ; 132 III 715 consid. 3.1 ; 130 III 321 consid. 3.3).

A/4343/2015 - 21/32 -

#### **E. 4**

La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 243 al. 2 let. f et 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 (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 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 ; 127 III 248 consid. 3a ; 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 ; 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 ; 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).

## **E. 5**

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,

A/4343/2015 - 22/32 - 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 désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références ; cf. également 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). De même, le rapport d'un médecin-conseil de l'assurance a force probante pour autant qu'il soit motivé de manière convaincante, sans contradictions, et qu'il n'y ait aucun élément faisant douter de sa fiabilité. Le simple fait que le médecin consulté soit lié par un rapport de travail à la compagnie d'assurance ne suffit pas encore à douter de son objectivité ni à soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A\_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.3). 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).

A/4343/2015 - 23/32 - Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

## **E. 6**

Le principe de la libre appréciation des preuves est ancré à l'art. 157 CPC, qui dispose que le tribunal établit sa conviction par une libre appréciation des preuves administrées. Malgré ce qui précède, l'art. 168 al. 1 CPC énumère les moyens de preuve admissibles : il s'agit du témoignage, des titres, de l'inspection, de l'expertise, des renseignements écrits, de l'interrogatoire et de la déposition de partie. Cette énumération est exhaustive, le droit de la procédure civile institue ainsi un *numerus clausus* des moyens de preuve. Cela semble à première vue contredire les principes fondamentaux que sont le droit à la preuve et sa libre appréciation, mais la sécurité et l'équité requièrent que la loi détermine clairement quand et par quel moyen la preuve peut être rapportée (Message du Conseil fédéral relatif au code de procédure civile suisse du 28 juin 2006, FF 2006 I p. 6929). 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. Une expertise privée n'est en revanche pas un moyen de preuve mais une simple allégation de partie (ATF 141 III 433 consid. 2.5.2 et 2.5.3). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_626/2015 du 24 mai 2016 consid. 2.5). Du point de vue probatoire, un rapport médical est une simple expertise privée qui n'est selon la jurisprudence pas un moyen de preuve mais une simple allégation (ATF 132 III 83 consid. 3.4 ; 140 III 24 consid. 3.3.3).

#### **E. 7**

a. 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).

A/4343/2015 - 24/32 - b. Selon la police d'assurance AL119772, 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 30 jours. La police d'assurance renvoie aux CGA, édition 2008, et aux conditions particulières « Accord-Galenica 2013 ». D'après lesdites conditions générales, est réputée maladie toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident, qui exige un examen ou un traitement médical et qui provoque une incapacité de travail (art. 8.1.1 CGA). Il y a incapacité de travail lorsque, en raison d'une maladie, d'un accident ou d'un accouchement, la personne assurée n'est plus en mesure, totalement ou partiellement, d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative qui peut raisonnablement être exigée d'elle. Il y a incapacité partielle de travail lorsque le degré de l'incapacité de travail est de 25% au moins (art. 8.1.4 CGA). En cas d'incapacité partielle de travail, les prestations sont versées en fonction du degré d'incapacité de travail (art 8.2.2 CGA). L'allocation des indemnités journalières est subordonnée à la présentation d'un certificat médical attestant l'incapacité de travail de la personne assurée. Les certificats médicaux ainsi que les annonces de maladie ou d'accident ne peuvent être antidatés que de trois jours au plus (art. 8.1.5 CGA).

#### **E. 8**

mars 2016 et de 50% du 9 mars au 9 mai 2016, conformément aux certificats médicaux et rapports émis par le Dr D\_\_\_\_\_. La défenderesse considère quant à elle, sur la base des avis de son médecin-conseil et du rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 6 octobre 2015, que la demanderesse était en mesure d'exercer toute activité à 50% dès le 1er juillet 2015 et à 80% au minimum dès le 1er avril 2016, de sorte qu'elle n'avait plus droit à des indemnités journalières dès cette date. b. Compte tenu des avis divergents quant aux diagnostics, aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail entre, d'une part, le psychiatre traitant de la demanderesse et, d'autre part, le médecin-conseil et l'expert privé mandaté par la défenderesse, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire.

#### **E. 9**

Le rapport d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ du 5 janvier 2017 est fondé sur les pièces produites par-devant la chambre de céans, un consilium avec le psychiatre traitant, trois entretiens cliniques de la demanderesse, les résultats de tests psychométriques et d'une prise de sang. L'expert judiciaire a consigné les plaintes de la demanderesse, livré des anamnèses personnelle, professionnelle et sociale détaillées, et justifié chacun des diagnostics posés.

En ce qui concerne l'épisode dépressif moyen récurrent avec syndrome somatique (F33.11), existant de septembre 2014 à fin août 2015, il a rappelé que la demanderesse avait déjà présenté un épisode dépressif léger en 1996, ce qui justifiait de retenir un épisode

A/4343/2015 - 25/32 - dépressif récurrent, et non pas isolé comme mentionné par le psychiatre traitant. Durant cette période, les limitations fonctionnelles avaient consisté en un ralentissement psychomoteur significatif, une agitation, une aboulie, une anhédonie partielle, un isolement social important et des troubles de la concentration sévères. À partir du mois de septembre 2015, le psychiatre traitant avait constaté une amélioration de l'état de sa patiente, ce qui était au demeurant confirmé par l'intéressée, et le trouble dépressif avait alors évolué vers un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21), de septembre 2015 à début mai 2016. Le diagnostic retenu par l'expert privé était donc confirmé, mais uniquement pour la période postérieure au 1er septembre 2015. Dès cette époque, les restrictions étaient moindres, mais tout de même « significatives » et comprenaient une agitation ou un ralentissement psychomoteur modéré, des troubles de la concentration moins importants, une aboulie partielle, un isolement social partiel sans anhédonie. Ces limitations avaient significativement diminué depuis le mois de mars 2016 et disparu depuis le 9 mai 2016 selon l'anamnèse. L'expert a conclu que dans la profession de pharmacienne responsable, la capacité de travail avait été de 0% du 24 septembre 2014 au 8 mars 2016, de 50% du 9 mars au 8 mai 2016 et de 100% dès le 9 mai 2016, sans diminution du rendement, C'est le lieu de relever que la mention du Dr F\_\_\_\_\_ selon laquelle l'incapacité de travail partielle a pris fin le « 8 mai 2016 » résulte manifestement d'une erreur de plume, dès lors que les certificats médicaux, dont il n'a pas entendu s'écarter, attestent d'une incapacité de travail à 50% jusqu'au 9 mai 2016 (cf. certificat médical du Dr D\_\_\_\_\_ du 12 avril 2016). Les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_, sérieusement motivées et convaincantes, sont dépourvues de toute contradiction ou incohérence, de sorte que la chambre de céans ne saurait s'en écarter sans motif valable.

## **E. 10**

a. Il convient donc d'examiner si le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ rendu le 10 juillet 2017 sur demande de la chambre de céans, document qui corrobore l'expertise privée de ce même médecin du 6 octobre 2015, laquelle ne constitue pas un moyen de preuve et doit être considérée comme une simple allégation de partie, est de nature à remettre en cause le bien-fondé des conclusions du Dr F\_\_\_\_\_. b. En ce qui concerne les diagnostics, il est rappelé que l'expert privé a diagnostiqué un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, depuis l'été 2014, contrairement au psychiatre traitant et à l'expert judiciaire qui ont signalé un épisode dépressif moyen pour le premier et un trouble dépressif récurrent, épisode moyen jusqu'au mois de septembre 2015 pour le second. Dans son rapport du 10 juillet 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a longuement défini le diagnostic de réaction à un facteur de stress important et trouble de l'adaptation et expliqué notamment que les manifestations en faveur du trouble précité comprenaient en particulier une humeur dépressive, une anxiété, une inquiétude ou l'association de ces manifestations, un sentiment d'incapacité à faire face, à faire des projets ou à supporter la situation actuelle, une certaine altération du fonctionnement quotidien,

A/4343/2015 - 26/32 - mais qu'aucun de ces symptômes n'était suffisamment grave ou marqué pour justifier un diagnostic plus précis. Le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que le médecin devait, sur la base de son anamnèse et de son examen clinique complet et détaillé, interpréter ses constatations et opérer une différence entre un niveau purement

phénoménologique et syndromal d'une part, et un niveau diagnostique d'autre part. Selon lui, les symptômes dépressifs avaient été constatés à un niveau purement phénoménologique et s'étaient manifestés uniquement et exclusivement suite à des facteurs de stress facilement identifiables et importants, de sorte qu'ils devaient être interprétés comme un trouble de l'adaptation. Rien dans l'argumentation du Dr E\_\_\_\_\_ ne permet de justifier l'exclusion du diagnostic d'épisode dépressif moyen récurrent pour la période antérieure à septembre 2015 au profit d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, lequel a été confirmé pour la période subséquente. La chambre de céans relève notamment que l'expert judiciaire a procédé à une analyse approfondie des critères majeurs et mineurs de la dépression, et a soumis la demanderesse à de nombreux tests psychométriques. Les Drs D\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ont indiqué que la demanderesse avait présenté de nombreux autres symptômes que ceux qui accompagnent habituellement un trouble de l'adaptation et qui consistent en des critères diagnostiques de l'état dépressif, notamment une perte d'appétit, des ruminations, un manque d'estime de soi, une diminution de l'intérêt ou du plaisir, des idées noires, des troubles du sommeil, une perte d'énergie, des troubles de la concentration et de la mémoire. Certains de ces symptômes étaient particulièrement sévères, à l'instar des troubles de la concentration ou du sommeil. La chambre de céans observera encore, s'agissant du caractère réactionnel des troubles de la demanderesse, que le Dr F\_\_\_\_\_ a clairement expliqué que la distinction entre troubles dépressifs endogènes et exogènes n'était pas justifiée d'un point de vue clinique et n'avait aucune influence sur l'évolution de l'état de santé, la gravité des troubles, le traitement et la capacité de travail. L'interprétation du Dr E\_\_\_\_\_, lequel n'a rencontré la demanderesse qu'à une seule reprise, alors qu'elle était encore sous traitements médicamenteux et thérapeutique et que son état de santé s'était un peu amélioré, ne permet pas de douter des analyses convergentes du Dr D\_\_\_\_\_, médecin en charge du suivi régulier de la demanderesse depuis le mois de mai 2015 au plus tard, et du Dr F\_\_\_\_\_, lequel a examiné la demanderesse à trois reprises et s'est entretenu avec le psychiatre traitant. c. S'agissant de l'incapacité de travail, le Dr E\_\_\_\_\_ l'a fixée à 50% au jour de son examen et à moins de 20% dès le 1er avril 2016. Il a considéré que les symptômes avaient tous été initialement d'une intensité moyenne, ce qui ne permettait pas de retenir une incapacité de travail totale, et s'étaient par la suite constamment améliorés, pour n'être que d'une intensité légère depuis la fin de l'année 2015. Les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ sont dénuées de tout fondement. Il est en effet rappelé que si le Dr D\_\_\_\_\_ a effectivement constaté une amélioration progressive

A/4343/2015 - 27/32 - à partir du mois de mai 2015, et plus particulièrement dès le mois d'août 2015, il a alors considéré que les symptômes présentés étaient suffisamment importants pour entraîner une incapacité totale de travail. Il sera en outre observé que les tests psychométriques réalisés par le Dr E\_\_\_\_\_ en octobre 2015 ont parlé en faveur d'un syndrome dépressif modéré, alors même que la demanderesse bénéficiait d'une médication antidépressive et d'un suivi thérapeutique depuis plus d'une année. S'agissant de la gravité du trouble dépressif, le Dr F\_\_\_\_\_ a rappelé qu'entre le mois de septembre 2014 et la fin du mois d'août 2015, la demanderesse avait présenté un état de tristesse la plupart de la journée avec des répercussions significatives sur ses activités de la vie quotidienne, une absence de moments de plaisir, un ralentissement psychomoteur modéré objectivable, une estime de soi diminuée, une concentration amoindrie, des idées noires et des troubles du sommeil. Durant cette période, les troubles psychiques avaient été moyens, parfois graves, et les limitations fonctionnelles comprenaient notamment un ralentissement psychomoteur

significatif et des troubles de la concentration sévères. À partir du mois de septembre 2015, la thymie était toujours abaissée, sans tristesse significative la plupart de la journée, l'anxiété était moins importante, les troubles du sommeil moins intenses et la demanderesse ne ressentait plus de culpabilité. Selon les déclarations de l'intéressée, les rapports psychiatriques et l'anamnèse, l'état de santé avait été stationnaire jusqu'au mois de février 2016. Les troubles psychiques avaient été d'intensité moyenne durant cette période et les limitations fonctionnelles étaient certes moindres, mais tout de même significatives, et comprenaient un ralentissement psychomoteur modéré et des troubles de la concentration. Ces restrictions avaient diminué dès le mois de mars 2016 et l'atteinte psychique était alors qualifiée de légère jusqu'à la fin de l'incapacité de travail correspondant à la rémission totale. L'expert judiciaire a précisé que l'incapacité de travail était justifiée non pas en fonction du diagnostic retenu, mais par l'existence des limitations fonctionnelles qui avaient été objectivement constatées par le psychiatre traitant et qui étaient confirmées par l'anamnèse (cf. rapport du 23 mars 2017). d. En définitive, il appert que le Dr E\_\_\_\_\_ se livre à une appréciation divergente de la gravité de l'atteinte psychique et de ses conséquences sur la capacité de travail de la demanderesse, mais que rien dans son argumentation ne permet de remettre en cause les conclusions de l'expertise judiciaire quant aux diagnostics, limitations fonctionnelles et taux de l'incapacité de travail.

#### **E. 11**

Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans retiendra, conformément au rapport d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, auquel elle attribue une pleine valeur probante, que l'incapacité de travail de la demanderesse était, dans son activité habituelle, de 100% entre le 24 septembre 2014 et le 8 mars 2016, de 50% du 9 mars au 9 mai 2016 et de 0% dès le 10 mai 2016.

A/4343/2015 - 28/32 - À ce propos, elle relèvera encore que le taux de la capacité de travail dans une autre activité n'entre pas en ligne de compte, la défenderesse n'ayant pas invité la demanderesse à changer d'activité. Par conséquent, la demanderesse a droit au versement des indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail de 100% du 1er juillet 2015 au 8 mars 2016 et de 50% du 9 mars au 9 mai 2016, conformément aux certificats médicaux qu'elle a produits.

#### **E. 12**

Le montant de l'indemnité journalière fixé à CHF 219.40 n'est pas contesté. Il en résulte un droit aux montants de CHF 55'288.80 pour la période du 1er juillet 2015 au 8 mars 2016 (CHF 219.40 x 100% x 252 jours, étant précisé que l'année 2016 était une année bissextile) et de CHF 6'801.40 pour la période du 9 mars au 9 mai 2016 (CHF 219.40 x 50% x 62 jours), soit un total de CHF 62'090.20, sous déduction des montants déjà versés à ce titre par la défenderesse, étant observé que les pièces produites attestent du paiement d'indemnités journalières à 50% pour les mois de juillet à novembre 2015 et pour le mois de janvier 2016.

#### **E. 13**

a. Enfin, la demanderesse conclut à des intérêts à 5% l'an depuis le

#### **E. 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 6'300.- 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.

## **E. 16**

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

A/4343/2015 - 31/32 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare la demande en paiement du 10 décembre 2015 recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement. 3. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse les montants suivants, sous déduction d'éventuels autres versements que ceux concernant les mois de juillet à novembre 2015 et de janvier 2016 : - CHF 16'784.10 plus intérêts à 5% dès le 14 janvier 2016 à titre de complément d'indemnités journalières maladie pour la période du 1er juillet au 30 novembre 2015 ; - CHF 6'801.40 plus intérêts à 5% dès le 14 janvier 2016 à titre d'indemnités journalières pour la période du 1er au 31 décembre 2015 ; - CHF 3'400.70 plus intérêts à 5% dès le 9 avril 2016 à titre d'indemnités journalières pour la période du 1er au 31 janvier 2016 ; - CHF 6'362.60 plus intérêts à 5% dès le 9 avril 2016 à titre d'indemnités journalières pour la période du 1er au 29 février 2016 ; - CHF 4'278.30, plus intérêts à 5% dès le 27 mai 2016 à titre d'indemnités journalières pour la période du 1er au 31 mars 2016 ; - CHF 3'291.- plus intérêts à 5% dès le 27 mai 2016 à titre d'indemnités journalières pour la période du 1er au 30 avril 2016 ; - CHF 987.30 plus intérêts à 5% dès le 27 mai 2016 à titre d'indemnités journalières pour la période du 1er au 9 mai 2016. 4. Condamne la défenderesse à payer à la demanderesse une indemnité de CHF 6'300.- 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;

A/4343/2015 - 32/32 - 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

Sylvie SCHNEWLIN

Le président

Raphaël MARTIN

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

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