

# GE\_GERICHTE A/1193/2018 vom 10. April 2019

GE Cour de justice, 2019-04-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1193\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1193_2018)

FR: GE\_GERICHTE A/1193/2018 du 10 avril 2019

IT: GE\_GERICHTE A/1193/2018 del 10 aprile 2019

## Erwägungen

### E. 4

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à Satigny, représentée par ASSUAS Association suisse des assurés demanderesse contre VAUDOISE GÉNÉrale, Compagnie d'Assurances SA, sise avenue de Cour 26, Lausanne défenderesse EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la demanderesse), née en 1967, a collaboré en qualité d'ergothérapeute à plein temps auprès de la Fondation B\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur) du 1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mai 2017, date de la fin des rapports de travail suite à son licenciement. L'assurée bénéficiait d'une assurance collective perte de salaire en cas de maladie (ci-après : le contrat d'assurance), souscrite par l'employeur auprès de la Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA (ci-après : l'assurance ou la défenderesse). >![if 2. Dans un certificat du 20 janvier 2017, la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée dès cette date jusqu'au 31 janvier 2017, qu'elle a prolongée à réitérées reprises. >![endif]>![if 3. L'assurance a servi les prestations contractuelles, conformément aux conditions d'assurance qui prévoient une allocation journalière en cas de maladie s'élevant à 90 % du salaire, versée pendant sept cent trente jours au maximum, sous déduction d'un délai d'attente de trente jours. >![endif]>![if 4. Le 17 février 2017, la Dresse C\_\_\_\_\_ a complété et signé un questionnaire que lui avait préalablement adressé l'assurance, dans lequel elle a posé le diagnostic d'état dépressif secondaire qui s'était manifesté progressivement depuis juillet-août 2016 consécutif à un conflit de travail. L'assurée n'avait pas déjà été en traitement pour cette affection, qui n'avait pas été influencée par des maladies précédentes, des blessures ou des malformations. L'assurée était en incapacité de travail depuis le 20 janvier 2017 pour une durée indéterminée. >![endif]>![if 5. Par plis des 3 avril 2017 et 26 avril 2017, l'assurance a fait savoir à l'assurée qu'elle mettrait un terme au versement de ses prestations au 14 avril 2017, sur la base de l'avis de son médecin-conseil qui estimait, après qu'il s'était entretenu avec le médecin traitant le 29 mars 2017, que l'incapacité de travail n'était pas médicalement justifiée à partir du 15 avril 2017. >![endif]>![if 6. Dans un courrier du 29 mai 2017 adressé à l'assurée, l'assurance a indiqué que le médecin traitant avait déclaré au médecin-conseil le 29 mars 2017 que l'état de santé de l'assurée permettait une rapide reprise de la capacité de travail et qu'aucun traitement antidépresseur n'était en cours. >![endif]>![if 7. Dans un rapport du 9 juin 2017, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a relevé que l'assurée, qui le consultait depuis avril 2015, souffrait d'une dépression moyenne et d'une sclérose en plaques. Elle présentait un manque d'énergie, des troubles de la concentration, un sentiment de désespoir et une hypoactivité. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité. >![endif]>![if 8. Dans un rapport du 12 juillet 2017, la Dresse C\_\_\_\_\_ a mentionné que l'assurée la consultait en moyenne une à deux fois par mois depuis février 2015 notamment pour des infections des voies

respiratoires supérieures. Début 2017, elle l'avait également consultée en raison d'un état dépressif dans un contexte de conflit de travail. Sa capacité de travail était actuellement nulle dans toute activité. Même si le pronostic était indéterminé, l'assurée pourrait reprendre son activité habituelle dans les prochains mois. ![/endif]>![if> 9. Par pli du 24 juillet 2017, l'assurance a informé l'assurée qu'elle avait mandaté le docteur E\_\_\_\_\_ pour une expertise psychiatrique, lequel pratiquait dans le canton de Fribourg. ![/endif]>![if> 10. À la demande de l'assurée (qui ne souhaitait pas se déplacer jusque dans le canton de Fribourg en raison de ses problèmes de santé), l'assurance a accepté de confier l'expertise à un autre médecin. Elle a mandaté à cette fin le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui exerçait dans le canton de Vaud. Celui-ci a examiné l'assurée le 18 août 2017. Dans un rapport préliminaire du 7 septembre 2017, l'expert, qui s'était entretenu avec le Dr D\_\_\_\_\_ le 20 août 2017, a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive de gravité légère à moyenne ; de personnalité probablement état limite avec composante hyperesthésique (au premier plan) ; de SEP (sclérose en plaques) diagnostiquée en 2012 avec deuxième poussée en 2015 ; de status post-opération de l'épaule gauche en 2013 ; d'asthme et allergies diverses et de conflits professionnels (sic).![/endif]>![if> L'expert a relevé qu'en raison de conflits avec des collègues et/ou la hiérarchie, les emplois effectués par l'assurée n'excédaient pas quelques mois, tout au plus elle avait travaillé pendant trois ans aux Hôpitaux universitaires de Genève. L'assurée, qui entretenait de bonnes relations avec sa famille (parents/ fratrie), avait décrit une enfance heureuse. Il n'existait pas d'indice en faveur de maltraitance ou de carence affective, ni d'arguments pour une hérédopathie de troubles psychiatriques au sein de sa famille directe, proche et étendue. Il n'y avait pas non plus d'indice en faveur d'antécédents de tentative de suicide, d'automutilations, d'abus de substances ou d'épisodes dépressifs moyens à sévères. Vu le caractère très réactionnel de la symptomatologie anxio-dépressive et l'anamnèse, l'expert a retenu un trouble de l'adaptation plutôt que les diagnostics d' « état dépressif réactionnel » ou de « dépression moyenne » posés par les médecins traitants, avant d'indiquer en détail les différentes caractéristiques d'un trouble de l'adaptation ainsi que ses sous-types et spécifications. Il n'existait actuellement pas de critères cardinaux en faveur d'une symptomatologie dépressive moyenne à sévère, en l'absence d'anhédonie, d'aboulie ou d'apragmatisme. Il existait par contre un léger manque de motivation et d'entrain, une fatigabilité, des troubles du sommeil liés à des préoccupations ainsi que quelques tendances aux somatisations, sans suicidalité ou anxiété importante. L'assurée assumait ses activités quotidiennes ainsi que ses nombreux rendez-vous médicaux et de physiothérapie. Elle rencontrait son ami quelques soirs par semaine et appréciait les randonnées. Elle présentait un trouble significatif de la personnalité compte tenu de son parcours professionnel et de sa vie sentimentale. Elle n'avait jamais pu nouer de relations sur la durée et demeurait relativement pudique à cet égard. Elle entretenait une relation à distance avec un homme plus âgé avec lequel elle ne faisait pas ménage commun. Cette relation paraissait moyennement investie sans que l'assurée ne porte un regard critique ou qu'elle analyse le parcours de sa vie affective. Les éléments culturels la rendaient d'autant plus singulière. Son parcours professionnel était marqué par des conflits répétitifs et importants avec les collègues et la hiérarchie. Elle se sentait victime de pressions, de différends ou de malentendus, mais s'exprimait de manière relativement floue à ce sujet. Elle faisait porter l'ensemble du conflit à l'extérieur par des mécanismes de clivage et de projection, donnant une vision très élevée d'elle-même, pourfendeuse de la morale et de l'éthique. Ces éléments mettaient en évidence une

personnalité du type état limite. L'assurée était réticente à toute prescription de psychotrope. Le diagnostic de trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive de gravité légère ne justifiait pas une incapacité de travail significative. Le trouble de la personnalité semblait décompensé sur un mode particulièrement hyperesthésique avec une rigidité des défenses relativement marquée, une absence d'autocritique et d'introspection. L'assurée manifestait une grande insécurité face au marché de l'emploi en raison des expériences traumatisantes dont seraient responsables ses collègues et employeurs. Afin d'éviter une évolution trop régressive et lui laisser encore un peu de temps pour se remettre, l'expert estimait que la capacité de travail devait être considérée comme entière le 1<sup>er</sup> octobre 2017 au plus tard, sans baisse de rendement. L'expert a souligné qu'il allait rendre son expertise prochainement. 11. Par pli du 11 septembre 2017, l'assurance, se référant au rapport précité, a fait savoir à l'assurée que les prestations prendraient fin le 30 septembre 2017. Au-delà de cette date, un certificat médical n'aurait pas la valeur probante suffisante pour justifier une poursuite de l'incapacité de travail. Seul un rapport médical détaillé serait pris en compte par le médecin-conseil pour examiner le bien-fondé d'une prolongation de l'incapacité de travail. 12. Dans son rapport du 14 septembre 2017, le Dr F\_\_\_\_\_ a posé les mêmes diagnostics que ceux retenus dans le rapport préliminaire et a ajouté à titre de diagnostic différentiel une personnalité sensitive. Il a décrit l'anamnèse, relaté les plaintes de l'assurée, résumé le dossier, avant de procéder à la synthèse des tests psychométriques. Il a en particulier relevé que l'assurée avait une vie sociale et quelques hobbies (randonnées, sorties). En 2015, elle avait consulté le Dr D\_\_\_\_\_ pour avoir un soutien dans le contexte de la découverte de la sclérose en plaques. S'agissant des tests psychométriques, il existait une concordance moyenne entre les tests d'hétéro- et auto-évaluation. Le « Hamilton 17 items » plaidait pour une symptomatologie dépressive de gravité légère mais à la limite supérieure de l'intervalle de référence et le « Beck 21 » donnait un score pour une symptomatologie dépressive modérée. Le « Hamilton anxiété » allait dans les sens d'une anxiété mineure alors que les facteurs « anxiété-état » et « anxiété-trait » du Spielberger étaient élevés. Le facteur anxiété du « SCL-90R » était parfaitement normal. Cette discordance suggérait une tendance à la dramatisation. Au niveau du « SCL-90R », les plaintes somatiques étaient prépondérantes. Les facteurs « somatisation » et « symptômes divers » étaient élevés et à mettre en relation avec la sclérose en plaques. Le facteur « obsession/compulsion » soulignait la psychorigidité. Les « traits paranoïaques » et les « traits psychotiques » étaient tout à fait normaux. Outre les informations contenues dans le rapport préliminaire, l'expert a relevé qu'à l'examen clinique du 18 août 2017, l'assurée n'avait pas pleuré et qu'elle était orientée dans les trois modes. Elle ne présentait pas de troubles patents de la concentration, de la mémoire d'évocation ou de la fixation. Elle se plaignait essentiellement d'une fatigabilité, d'une certaine morosité et d'une perte de confiance découlant de son vécu très hyperesthésique vis-à-vis de ses (futurs) employeurs. L'appétit n'était pas excellent mais elle se forçait à manger. Le poids était resté stable, actuellement de 73 kg. Le sommeil était très perturbé en raison d'une hyperactivité cérébrale et d'un sentiment de tension, accompagnés de plaintes somatiques, notamment des céphalées. Elle ne s'endormait pas avant 3h du matin et se levait souvent épuisée vers 9h. Il n'y avait pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisée, un trouble panique ou d'un état de stress post-traumatique. Elle ne présentait pas de signes florides de la lignée psychotique. S'agissant de la personnalité, elle se décrivait comme une personne sûre d'elle-même, ne remettant pas en question son fonctionnement. Par un mécanisme de clivage, elle attribuait

à autrui l'entier de ses difficultés. Elle avait une haute vision de soi associée à une certaine rigidité. Elle se sentait facilement victime du préjudice d'autrui, de malveillance et d'incompréhension. Le rapprochement était également compliqué dans sa vie affective. Elle portait essentiellement des jugements moraux défensifs et rigides. Il n'était pas question chez l'assurée d'une difficulté de contact avec la réalité comme chez le psychotique, mais plutôt d'une difficulté d'évaluation de cette réalité portant sur le côté désagréable pour le narcissisme avec la projection vers l'extérieur de tout élément gênant à cet égard. Le clivage conduisait également l'assurée à ne faire aucun apprentissage des expériences du passé. L'expert retenait un grave trouble de la personnalité, état limite du registre sensitif, et n'excluait pas une personnalité sensitive à titre de diagnostic différentiel. Les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient le trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive de gravité légère à moyenne ainsi que la personnalité probablement état limite avec composante hyperesthésique (diagnostic différentiel : personnalité sensitive). L'appréciation de l'expert quant à la capacité de travail de l'assurée était identique à celle mentionnée dans le rapport préliminaire. Il a souligné que son appréciation était partagée par le psychiatre traitant qui paraissait plus optimiste à ce sujet, dans la mesure où le trouble de la personnalité était toujours présent. Le psychiatre traitant avait également fait part de la grande motivation de sa patiente à se réinsérer rapidement dans le monde du travail. Afin d'éviter une évolution vers la chronicisation, l'expert a suggéré de considérer la capacité de travail de l'assurée comme entière dès le 1<sup>er</sup> octobre 2017 dans toute activité, sans baisse de rendement. Le trouble de la personnalité conduisait celle-ci à rentrer systématiquement en conflit avec son entourage. Elle pourrait travailler en tant qu'infirmière ou ergothérapeute dans un EMS au sein duquel elle ne serait pas astreinte au contact d'autres collègues. Le pronostic était probablement réservé à moyen-long terme, du fait du dysfonctionnement grave de la personnalité. La poursuite de la psychothérapie et la prescription de Millepertuis étaient susceptibles d'améliorer son état actuel. L'expert a invité l'assurance à reconsidérer la situation si le psychiatre traitant poursuivait l'incapacité de travail au-delà du 1<sup>er</sup> octobre 2017. 13. Sur la base dudit rapport, l'assurance a versé à l'assurée des indemnités journalières jusqu'au 30 septembre 2017. 14. Dans un certificat du 29 septembre 2017, la Dresse C\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> au 31 octobre 2017 qu'elle a prolongée à répétitions reprises, en dernier lieu, jusqu'au 30 avril 2018. 15. L'assurée a demandé une contre-expertise au docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a établi son rapport le 9 février 2017 (recte : 2018), après avoir eu un entretien avec l'assurée les 10, 22, 29 janvier 2018 et 7 février 2018 ainsi qu'un entretien téléphonique avec la Dresse C\_\_\_\_\_ le 8 février 2018. Il s'est également basé sur les rapports médicaux des 17 février, 9 juin et 12 juillet 2017 ainsi que sur le rapport préliminaire du 7 septembre 2017. Le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que la Dresse C\_\_\_\_\_ avait prescrit un somnifère ainsi que des médicaments de type phytothérapie, car l'assurée ne souhaitait pas prendre de médication psychotrope classique. Selon le médecin traitant, la reprise d'activité était envisageable à partir de mars-avril 2018 avec une certaine réserve quant à la tolérance au stress de sa patiente. À ce jour, il persistait une anxiété désorganisée, une perte d'énergie, une fatigabilité et une hyperréactivité. L'assurée avait déclaré que des désaccords avec certains collègues avaient pesé sur l'ambiance et les relations de travail. Elle avait ressenti depuis juillet-août les premiers symptômes d'une surcharge émotionnelle sous la forme de troubles du sommeil, anxiété, fatigue, sentiment de dévalorisation et abaissement de la thymie. Elle avait mal vécu le licenciement survenu de manière abrupte qu'elle avait

ressenti comme une injustice. Les conditions de ce licenciement ayant pesé sur son état psychique, elle avait consulté son médecin traitant qui avait constaté un état dépressif réactionnel. L'assurée était déjà suivie par le Dr D\_\_\_\_\_ dans le cadre d'une perturbation de l'humeur et de l'anxiété liée entre autres à l'existence d'une sclérose en plaques diagnostiquée en 2012, avec deuxième poussée en 2015. L'évolution sur le plan psychique était favorable jusqu'à l'apparition des problèmes au travail en 2016. Depuis janvier 2017, son humeur avait très lentement progressé permettant l'établissement d'un projet de formation s'étendant sur deux à trois jours par mois. Il persistait cependant de profonds sentiments d'auto-dévalorisation, une asthénie, des troubles du sommeil, une perturbation de la conduite alimentaire conduisant à une prise de poids, un découragement, une tristesse, une intolérance au stress et un relatif isolement social. Sur le plan affectif, elle avait entretenu une relation et cohabité pendant trois ans avec un homme lorsqu'elle était en formation à Montpellier. Elle avait ensuite partagé pendant quelques années la vie relativement tumultueuse d'un homme qu'elle avait quitté en qualifiant la relation de peu saine. Depuis 2008, elle entretenait une relation avec un homme, sans projet de cohabitation à ce jour. À l'examen clinique, le Dr G\_\_\_\_\_ a observé un faciès triste et inquiet. Le contact était empreint d'une anxiété palpable, collaborant avec un souci de dire le plus et le plus détaillé. Il n'avait pas constaté de fatigue, de ralentissement, de trouble du langage, de trouble de la concentration ou de la mémoire ni de trouble de l'orientation. Le discours était peu structuré, le contenu abondant, parfois un peu confus, avec un sentiment donné à l'expert d'une relative difficulté à nommer les affects sans que l'on puisse discriminer entre la pudeur et une discrète confusion idéo-affective. L'assurée était légèrement désorganisée sous le stress entraîné par les questions en général. La thymie était abaissée avec des larmes aux yeux à l'évocation des événements vécus au niveau professionnel. Les capacités d'abstraction étaient présentes de même que les possibilités d'introspection et de mise en perspective. Elle rapportait une fatigue et fatigabilité ainsi que de l'anxiété face à l'avenir et par rapport à ses ressources qu'elle estimait avoir perdues, tristesse avec sentiment d'auto-dévalorisation, manque d'envie et de plaisir, perte de courage et de sens, désinvestissement d'activités autrefois pratiquées (sport), troubles de sommeil partiellement résistants au médicament somnifère, des ruminations, des troubles de la concentration et de la mémoire, un sentiment de débordement face aux tâches quotidiennes, une prise de poids liée à un changement d'habitude alimentaire et un relatif isolement social. L'expert a posé les diagnostics d'épisode dépressif d'intensité moyenne et de sclérose en plaques. Pour retenir un épisode dépressif d'intensité moyenne, il fallait qu'au moins quatre des symptômes mentionnés ci-après soient habituellement présents et que le sujet éprouve des difficultés considérables à poursuivre ses activités usuelles, à savoir un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie, une diminution de l'activité, une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. Habituellement étaient observés des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit. Il existait presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation. Dans la situation de l'assurée, les conflits au travail et le licenciement abrupt, sans que l'expertisée ait pu s'y préparer, avaient entraîné l'épisode dépressif d'intensité moyenne. Le licenciement était venu couronner une série d'événements vécus de manière traumatique sur le lieu de travail que l'assurée avait apparemment investi avec beaucoup d'espoir et de soulagement dans le contexte d'un diagnostic de maladie neurodégénérative posé en 2012 et qui avait fait

beaucoup douter l'expertisée de ses capacités en général. Suite à son licenciement, elle s'était sentie « cassée », accablée, angoissée, sans perspective d'avenir, en pleurs, en proie à des idées noires. Les troubles du sommeil étaient apparus avec la fatigue. Elle décrivait une période d' « hibernation », c'est-à-dire un isolement social complet, une aboulie et un pragmatisme important, une sorte d'hébétude qui la confinait chez elle. Elle avait progressivement pu investir des soins tels que la physiothérapie ou l'acupuncture en plus des rendez-vous médicaux. Actuellement, l'environnement social était très réduit, de même que les activités qui demeuraient limitées aux rendez-vous médicaux et aux tâches ménagères. En raison de traits de caractère qui penchaient vers la recherche d'autonomie et une probable crainte de liens de dépendance, l'assurée avait préféré s'abstenir de médicaments psychotropes, tels que des antidépresseurs. Elle avait également renoncé à poursuivre un traitement auprès du Dr D \_\_\_\_\_, ne se sentant pas soutenue par celui-ci dans ses différents conflits avec l'ex-employeur, l'assurance perte de gain et l'expert psychiatre. L'état dépressif s'accompagnait de limitations telles que l'asthénie, l'intolérance au stress, l'anxiété, le manque d'énergie et les altérations cognitives (mémoire et concentration). En raison de ces limitations, la capacité de travail était nulle depuis le 20 janvier 2017. Une progressive amélioration de la thymie et de l'anxiété depuis les fêtes de fin d'année permettait d'espérer une reprise de travail à partir de mars 2018. L'équilibre psychique demeurait cependant fragile et nécessitait la poursuite de l'accompagnement médical. Le Dr G \_\_\_\_\_ s'est écarté de l'appréciation du Dr F \_\_\_\_\_ quant aux diagnostics et à leur influence sur la capacité de travail. Ni l'anamnèse ni l'observation ne permettaient de poser le diagnostic de trouble de la personnalité. Il n'existait pas de perturbations sévères de la personnalité et des tendances comportementales de l'individu, non directement imputables à une maladie, une lésion ou une autre atteinte cérébrale ou à un autre trouble psychiatrique. Ces perturbations, qui concernaient habituellement plusieurs secteurs de la personnalité, s'accompagnaient en général d'un bouleversement personnel et social considérable, apparaissaient habituellement durant l'enfance ou l'adolescence et persistaient pendant tout l'âge adulte. L'assurée avait au contraire eu une enfance et une adolescence avec de bonnes capacités d'adaptation. Il n'y avait pas, dans la trajectoire personnelle adulte, de perturbations sévères de la personnalité ou du comportement. L'entretien n'avait pas mis en évidence de trouble de la relation ou de l'humeur (tendance séductrice ou manipulatrice, labilité émotionnelle, rejet ou idéalisation du discours de l'autre, etc.), tel que l'on pourrait constater dans un trouble de la personnalité de type état limite. Le rapport préliminaire comprenait dix pages dont quatre étaient consacrées à la copie du manuel DSM-V. Le compte-rendu d'observation ou des plaintes de l'assurée faisaient défaut. Le fait que cette dernière ne faisait pas ménage commun avec son ami ou qu'elle ne s'investissait que moyennement dans une relation ne signifiait pas qu'elle présentait un trouble de la personnalité. Le Dr F \_\_\_\_\_ avait par ailleurs exprimé des préjugés culturels. Quant aux emplois de courte durée effectués par l'assurée, il s'agissait pour certains de stages dans le cadre d'un coaching, d'une mesure d'accompagnement de l'AI dans le contexte d'une détection précoce ou des placements par le chômage, voire des activités bénévoles. Le diagnostic de sclérose en plaques avait ébranlé l'assurée dans sa confiance et avait pu freiner ses investissements professionnels. Quant à la perturbation de l'humeur, le Dr F \_\_\_\_\_ n'ayant pas décrit le status psychiatrique ni résumé les plaintes de l'assurée, il était difficile de se prononcer à ce sujet. 16. Dans son appréciation du 30 mai 2018, le docteur H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin-conseil de l'assurance, a relevé que si le Dr F \_\_\_\_\_ retenait un trouble de

l'adaptation avec humeur dépressive, c'était en regard du tableau clinique du 18 août 2017, de la durée de l'affection et de l'évaluation par les échelles d'évaluation psychométriques. Le Dr G\_\_\_\_\_ ne fournissait pas d'éléments démontrant la « longue durée » de l'état dépressif, lui permettant de retenir un épisode dépressif d'intensité moyenne. Il décrivait une « hibernation », un repli social ainsi qu'un débordement dans les activités de la vie quotidienne alors que le Dr F\_\_\_\_\_ mentionnait l'opposé. L'absence de trouble de la concentration ou de la mémoire, l'absence d'un ralentissement et de fatigue plaident contre le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne. Les éléments observés, tels un discours digressif, des pleurs, un faciès triste et inquiet relevaient plutôt de l'anxiété que de la dépression, tableau anxieux également décrit par le Dr F\_\_\_\_\_. Ce dernier évoquait un type de personnalité « probablement limite avec composante hyperesthésique (dd personnalité sensitive) », ce qui ne signifiait pas qu'il diagnostiquait un type de personnalité pathologique, mais qu'il tentait d'apprécier le fonctionnement psychologique de l'expertisée. Le Dr G\_\_\_\_\_ confirmait l'absence de trouble de personnalité pathologique. Il existait un intervalle de près de six mois entre les deux expertises, délai durant lequel l'état de santé de l'assurée s'était peut-être péjoré. En février 2018, elle présentait peut-être une rechute de son état de santé, qui était sur la bonne voie de guérison en août 2017.

17. Par acte du 10 avril 2018, l'assurée, représentée par Assuas, a déposé auprès de la chambre de céans, une demande en paiement à l'encontre de la défenderesse, concluant, sous suite de frais et dépens, à la condamnation de cette dernière à lui payer la somme de CHF 36'939.60.- (montant qui englobait déjà le calcul des intérêts à 5%), correspondant aux indemnités journalières d'octobre 2017 à mars 2018. La demanderesse a fait valoir qu'il ressortait des rapports médicaux de ses médecins traitants qu'elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent d'épisode moyen depuis le 20 janvier 2017 et que la sclérose en plaques impactait sur son état physique et psychique. Dans ces circonstances, la défenderesse était tenue de continuer à prester au-delà du 30 septembre 2017. Cette dernière lui avait versé uniquement deux cent cinquante-quatre jours d'indemnités, alors qu'elle était encore malade. Ainsi, elle n'avait pas épuisé le nombre maximum d'indemnités journalières perte de gain auquel elle avait droit. En outre, se référant à la contre-expertise du Dr G\_\_\_\_\_, elle a nié toute valeur probante au rapport du Dr F\_\_\_\_\_ qui constituait une expertise privée, contenait des incertitudes et ignorait les rapports des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. Les certificats d'arrêt de travail émis à partir du 1er octobre 2017 étaient fondés sur les rapports des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ des 17 février et 12 juillet 2017, respectivement du 9 juin 2017. Alors que ces documents répondaient aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, la défenderesse ne pouvait les ignorer. De surcroît, le Dr G\_\_\_\_\_ espérait qu'une reprise de travail serait possible à compter de mars 2018, ce qui tendait à confirmer que l'état dépressif justifiait une incapacité de travail jusqu'à cette date.

18. Dans sa réponse du 15 juin 2018, la défenderesse a conclu au rejet de la demande. Elle a exposé que les conditions générales d'assurance applicables ne conféraient pas un droit absolu à sept cent trente indemnités journalières par cas de maladie. Encore fallait-il que l'incapacité de travail soit médicalement justifiée, ce qui n'était plus le cas au-delà du 30 septembre 2017 conformément aux conclusions du Dr F\_\_\_\_\_. Ce dernier avait établi un rapport préliminaire puis un rapport final lequel revêtait une pleine force probante, étant relevé que, contrairement aux allégations de la demanderesse, l'expert avait tenu compte des rapports des médecins traitants qui étaient antérieurs de plus de deux mois à l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_. Le rapport du Dr G\_\_\_\_\_, au contraire, était biaisé, dès lors qu'il se basait

uniquement sur le rapport préliminaire du Dr F\_\_\_\_\_. Le Dr G\_\_\_\_\_ aurait très probablement trouvé les réponses à ses interrogations à la lecture du rapport final. En outre, le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ contenait des incohérences entre l'examen clinique et le diagnostic retenu, puisqu'il mentionnait l'absence de trouble de la concentration ou de la mémoire, l'absence d'un ralentissement ou de fatigue, ce qui plaçait contre le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne, ainsi que le relevait le Dr H\_\_\_\_\_ dans son rapport du 30 mai 2018. Par ailleurs, le Dr G\_\_\_\_\_ avait évalué l'état de santé de la demanderesse au moment de son expertise en février 2018, soit cinq mois après l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_. Comme le soulignait le Dr H\_\_\_\_\_, il n'était pas exclu que l'état de santé se soit péjoré lors de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_. Cette possibilité ne signifiait pas pour autant que la demanderesse ne présentait pas une pleine capacité de travail le 1<sup>er</sup> octobre 2017. De surcroît, il était difficile de concevoir, comme le soutenait la demanderesse, que les certificats d'arrêt de travail délivrés par la Dresse C\_\_\_\_\_ à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2017 se fondaient sur les rapports établis en juin et juillet 2017. Enfin, il était quelque peu troublant que la demanderesse ait cessé de consulter son médecin psychiatre, qui la suivait depuis 2015, au moment où ce dernier exprimait un avis similaire à celui du Dr F\_\_\_\_\_.

19. Dans sa réplique du 9 juillet 2018, la demanderesse a soutenu que l'affirmation de la défenderesse, selon laquelle « on pouvait comprendre les interrogations du Dr G\_\_\_\_\_ » par rapport aux conclusions du rapport préliminaire du 7 septembre 2017, confirmait le manque de sérieux de ce rapport qui ne contenait ni anamnèse ni observations et remettait ainsi en cause sa valeur probante. Le rapport final du 14 septembre 2017, qui ne constituait qu'une allégation de fait, n'existait pas encore lorsque la défenderesse, par pli du 11 septembre 2017, l'avait informée de la fin des prestations. Accorder une valeur probante au rapport final constituait une violation des droits de la demanderesse dans la mesure où elle n'avait pas été invitée à se déterminer sur les résultats de ce rapport avant la prise de position de la défenderesse. En outre, s'agissant du rapport du Dr G\_\_\_\_\_, c'était à tort que cette dernière relevait des incohérences entre l'examen clinique et le diagnostic retenu, puisque le contre-expert avait insisté sur les difficultés professionnelles, les conflits au travail et le licenciement comme cause de l'épisode dépressif et non pas la fatigue ou les difficultés de concentration et de mémorisation. Le simple fait que le Dr G\_\_\_\_\_ se fondait sur le rapport préliminaire n'était pas propre à discréditer la contre-expertise, puisque la défenderesse elle-même avait pris position sur la base du rapport préliminaire.

20. Interpellées par la chambre de céans, les 20 juillet et 20 août 2018, les parties ont fait savoir qu'elles renonçaient à une audience de débats.

21. Dans sa duplique du 20 août 2018, la défenderesse a relevé que son refus de prêter était basé tant sur le rapport préliminaire que sur le rapport final du Dr F\_\_\_\_\_ lequel ne faisait qu'étayer et préciser le document précédent. Sa phrase « on peut comprendre les interrogations du Dr G\_\_\_\_\_ », figurant dans sa réponse, devait être lue avec celle qui la suivait « ces dernières auraient toutefois très probablement trouvé leurs réponses à la lecture du rapport final du 14 septembre 2017 » et se rapportait au fait que le rapport préliminaire en tant que tel pouvait paraître incomplet et peu argumenté. À l'inverse de la défenderesse, le Dr G\_\_\_\_\_ se fondait uniquement sur le rapport préliminaire. Ainsi, l'appréciation du contre-expert était insuffisante pour contester celle du Dr F\_\_\_\_\_. Ensuite, c'était à tort que la demanderesse invoquait une violation de son droit d'être entendue, principe qui trouvait application en droit des assurances sociales, mais pas en droit privé. Conformément à ses conditions générales d'assurance applicables, la défenderesse était en droit de mettre en œuvre une expertise afin de contrôler le bien-fondé de l'incapacité de travail, étant relevé

qu'elle avait accepté, à la demande de la demanderesse, de confier l'expertise à un autre spécialiste que celui mandaté en premier lieu. En outre, cette dernière remettait en cause la valeur probante du rapport du Dr F \_\_\_\_\_ sous prétexte qu'il s'agissait d'une expertise privée. Or, la contre-expertise du Dr G \_\_\_\_\_ constituait également une expertise privée. Ce dernier, qui ne s'était pas entretenu avec le médecin-psychiatre, n'avait pas procédé à une description du contexte médical et à une appréciation de la situation médicale de façon claire et complète. Il n'avait par exemple pas indiqué les éléments documentant « la longue durée » de l'état dépressif permettant de retenir un épisode dépressif d'intensité moyenne ni effectué de tests. Son rapport n'était donc pas probant. Enfin, la défenderesse n'avait pas ignoré les rapports des médecins traitants, puisqu'à réception de ces documents, elle avait mis sur pied une expertise et continué à prester jusqu'au 30 septembre 2017. ![/endif]>![if> 22. Dans son écriture spontanée du 3 septembre 2018, la demanderesse a indiqué en substance que la défenderesse n'avait pas pu prendre en compte le rapport final du 14 septembre 2017, dès lors qu'il était postérieur à la prise de position du 11 septembre 2018 (recte : 2017). Elle ne reprochait pas à la défenderesse le choix de l'expert, mais déplorait le fait qu'elle n'ait pas pu s'exprimer sur les conclusions du rapport final, avant que la défenderesse ne rende sa décision (sic) du 11 septembre 2017. Il était en outre arbitraire de considérer que le droit d'être entendu ne s'appliquait qu'en droit des assurances sociales. Enfin, l'analyse du Dr F \_\_\_\_\_ était incomplète dans la mesure où il n'avait pas tenu compte des limitations fonctionnelles mentionnées dans les rapports des médecins traitants des 9 juin et 12 juillet 2017. ![/endif]>![if> 23. À la demande de la chambre de céans, dans un rapport du 29 janvier 2019, la Dresse C \_\_\_\_\_ a indiqué qu'en juillet 2017, elle pensait que sa patiente aurait pu reprendre son activité professionnelle dans les prochains mois, sans toutefois fixer une date de reprise précise. Lors des consultations, la symptomatologie dépressive persistait, raison pour laquelle elle avait prescrit des arrêts de travail pour la période postérieure au 1<sup>er</sup> octobre 2017. À compte de cette date, l'état dépressif était stationnaire. Les symptômes que présentait sa patiente à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2017 n'étaient pas différents de ceux existant antérieurement. Depuis cette date, sa patiente la consultait une à deux fois par mois. Celle-ci avait vécu une mauvaise expérience avec un antidépresseur prescrit dans le cadre d'un sevrage tabagique. Il était difficile d'établir l'effet d'un traitement antidépresseur dans le contexte d'un état dépressif réactionnel à la suite d'un licenciement litigieux. Le facteur déclencheur demeurait présent, puisque sa patiente entreprenait des démarches pour contester son licenciement. ![/endif]>![if> 24. Dans ses observations du 13 mars 2019, la défenderesse a relevé que l'incapacité de travail à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2017 était attestée par la Dresse C \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, alors que la demanderesse avait cessé de consulter le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie. L'absence d'un avis émanant d'un spécialiste en psychiatrie était problématique, d'autant plus que le Dr D \_\_\_\_\_ était plus optimiste que le Dr F \_\_\_\_\_ quant à une reprise de travail qu'il estimait antérieure au 1<sup>er</sup> octobre 2017, date retenue par l'expert. L'avis d'un médecin spécialiste en médecine interne n'était pas de nature à remettre en cause l'avis de deux médecins spécialistes en psychiatrie, en particulier dans le cadre d'une problématique psychique existant depuis plusieurs mois. Il n'était pas clair pour quels motifs la Dresse C \_\_\_\_\_ n'avait pas adressé sa patiente auprès d'un médecin-psychiatre et cessé d'attester elle-même l'incapacité de travail. La valeur du rapport du 29 janvier 2019 devait être relativisée, compte tenu de la relation de confiance qui liait la médecin traitante à la demanderesse. ![/endif]>![if> 25. Dans ses observations du 15 mars 2019, la demanderesse a relevé que son incapacité de travail en raison de son

état dépressif était confirmée par la Dresse C\_\_\_\_\_ dans son rapport de janvier 2019. Dans son rapport du 9 juin 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ avait également attesté d'une incapacité de travail dans toute activité en raison de la dépression d'intensité moyenne, du manque d'énergie, notamment des troubles de la concentration, du désespoir et de l'hypoactivité. Or, la défenderesse avait cessé de prester sur la base du rapport préliminaire du Dr F\_\_\_\_\_, sans tenir compte des limitations fonctionnelles retenues par les Drs D\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ en juin et juillet 2017. 26. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 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).

Selon l'art. B8 des conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) du 1<sup>er</sup> juin 2015, auxquelles renvoie le contrat d'assurance, ce dernier 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. 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 1<sup>er</sup> janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

L'art. B7 CGA prévoit que pour tout litige au sujet du contrat d'assurance, sont compétents en particulier les tribunaux du domicile suisse des personnes assurées ou des ayants droit. La demanderesse, en sa qualité d'assurée, ayant son domicile dans le canton de Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande. 3. a. Dans le cadre d'un litige fondé sur la LCA, l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à compter du fait d'où naît l'obligation (art. 46 al. 1 LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. En matière d'assurance collective contre les accidents ou la maladie, l'art. 87 LCA confère un droit propre au bénéficiaire contre l'assureur. Cette disposition institue une créance indépendante au profit de l'ayant droit, créance qui naît au moment de la survenance du cas d'assurance.

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

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).

5. Pour le surplus, la demande en paiement du 10 avril 2018, qui respecte les conditions de forme légales (art. 130 et 244 CPC), est recevable. 6. L'objet du litige porte sur le droit de la

demanderesse à des indemnités journalières pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2017 au 31 mars 2018. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si la demanderesse présente (encore) une incapacité de travail pour cause de maladie postérieure au 30 septembre 2017, date à laquelle la défenderesse a mis fin auxdites prestations. <sup>7</sup> a. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1<sup>er</sup> 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). b. Le contrat d'assurance prévoit une allocation journalière s'élevant à 90 % du salaire, versée pendant sept cent trente jours au maximum, sous déduction d'un délai d'attente de trente jours. Selon l'art. A1 CGA, l'assurance couvre, aux conditions du contrat, la perte de salaire résultant d'une incapacité de travail due à une maladie et attestée par un médecin. L'assurance est habilitée à contrôler ou faire contrôler le bien-fondé de l'incapacité de travail par les moyens qu'elle jugera utiles, dans le respect de la sphère personnelle de la personne assurée (art. B5 ch. 6 CGA). Les prestations sont versées dès l'expiration du délai d'attente, pour toute incapacité de travail médicalement justifiée de 25 % au moins, proportionnellement au degré de l'incapacité de travail attestée (art. C1 ch. 1 CGA). L'assurance verse, sous réserves des éventualités visées à l'art. C5 ch. 2 et 4 à 8 CGA, l'allocation journalière assurée pendant une période maximale de sept cent trente jours par cas de maladie. Le délai d'attente convenu est imputé sur la durée maximale des prestations. Pour le calcul de la durée des prestations, les jours d'incapacité de travail partielle d'au moins 25 % comptent comme jours entiers (art. C5 ch. 1 al. 1 CGA). On entend par cas de maladie les causes et suites, de l'atteinte à la santé, ayant entraîné une incapacité de travail (al. 2). Est incapable de travailler la personne qui, en raison d'une maladie, ne peut exercer son activité professionnelle habituelle, ou, si l'incapacité dure un certain temps, reste dans l'impossibilité d'exercer toute autre activité raisonnablement exigible eu égard à son état de santé et à ses aptitudes (art. D1 CGA). Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident ou à une maladie professionnelle et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. D2 CGA). 8. 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). 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). 9. 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 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 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). 10. Une expertise privée n'est pas un moyen de preuve au sens de l'art. 168 al. 1 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; 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).>[endif]>[if> 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). 11. 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 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). 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 ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 4A\_172/2013 du 1<sup>er</sup> 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). 12. L'art. 58 al. 1 du CPC dispose que le tribunal ne peut accorder à une partie ni plus ni autre chose que ce qui est demandé, ni moins que ce qui est reconnu par la partie adverse. La maxime de disposition signifie que les parties déterminent l'objet du litige, c'est-à-dire si, quand, dans quelle étendue et pendant quelle durée elles veulent faire valoir une prétention en justice comme demandeur, respectivement la reconnaître comme défendeur (ATF 134 III 151 consid. 3.2 ; François BOHNET, Code de procédure civile annoté, 2016, n. 1 ad art. 58 CPC). 13. a. En l'espèce, la demanderesse requiert le versement d'indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail de 100 % d'octobre 2017 à mars 2018, conformément aux certificats de la Dresse C\_\_\_\_\_, médecin traitant, et au rapport du Dr G\_\_\_\_\_, contre-expert. La défenderesse, se référant au rapport d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, estime ne pas avoir à verser des indemnités journalières pour cause de maladie à la demanderesse au-delà du 30 septembre 2017, celle-ci disposant d'une capacité de travail de 100 % dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2017. b. Le rapport final du Dr F\_\_\_\_\_ du 14 septembre 2017 sur lequel se fonde la défenderesse n'est pas une expertise au sens strict du terme, la demanderesse n'ayant eu l'occasion de se déterminer sur le libellé des questions soumises au Dr F\_\_\_\_\_. En tant qu'expertise privée, ce rapport ne constitue pas un moyen de preuve et doit être considéré comme une simple allégation de partie. Les rapports produits par la défenderesse et la demanderesse constituent donc de simples allégations, dès lors qu'ils sont contestés par la partie adverse tant en ce qui concerne les diagnostics que l'évaluation de la capacité de travail. c. Le Dr F\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive de gravité légère à moyenne ainsi qu'une personnalité probablement état limite avec composante hyperesthésique (diagnostic différentiel : personnalité sensitive). Le Dr G\_\_\_\_\_, quant à lui, a retenu les diagnostics d'épisode dépressif d'intensité moyenne et

de sclérose en plaques. S'agissant de la capacité de travail, le Dr F \_\_\_\_\_ a conclu que la demanderesse était apte à reprendre son activité professionnelle à plein temps dès le 1<sup>er</sup> octobre 2017, alors que, selon le Dr G \_\_\_\_\_, la capacité de travail est nulle depuis le 20 janvier 2017. d. Il ressort des rapports médicaux au dossier que la symptomatologie psychique de la demanderesse est en lien avec son conflit professionnel survenu en juillet-août 2016 et le licenciement qui s'en est suivi. Le Dr F \_\_\_\_\_ n'a pas constaté d'indice en faveur d'antécédents de tentative de suicide, d'automutilations, d'abus de substances ou d'épisodes dépressifs moyens à sévères. Vu le caractère très réactionnel de la symptomatologie anxio-dépressive et l'anamnèse, l'expert a retenu un trouble de l'adaptation plutôt que les diagnostics d'« état dépressif réactionnel » ou de « dépression moyenne » posés par les médecins traitants. Il a indiqué en détail les différentes caractéristiques d'un trouble de l'adaptation ainsi que ses sous-types et spécifications. Selon l'expert, il n'existait pas de critères cardinaux en faveur d'une symptomatologie dépressive moyenne à sévère, en l'absence d'anhédonie, d'aboulie ou d'apragmatisme. Il existait par contre un léger manque de motivation et d'entrain, une fatigabilité, des troubles du sommeil liés à des préoccupations ainsi que quelques tendances aux somatisations, sans suicidalité ou d'anxiété importante. L'assurée assumait ses activités quotidiennes, les nombreux rendez-vous médicaux et de physiothérapie. Elle avait une vie sociale et quelques hobbies (randonnées, sorties). À l'examen, elle était orientée dans les trois modes. Elle ne présentait pas de troubles patents de la concentration, de la mémoire d'évocation ou de la fixation. Elle se plaignait essentiellement d'une fatigabilité, d'une certaine morosité et d'une perte de confiance découlant de son vécu très hyperesthésique vis-à-vis de ses (futurs) employeurs. Il n'y avait pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisée, un trouble panique, ni d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique. Elle ne présentait pas de signes florides de la lignée psychotique. S'agissant de la personnalité, elle se décrivait comme une personne sûre d'elle-même, ne remettant pas en question son fonctionnement. Par un mécanisme de clivage, elle attribuait à autrui l'entier de ses difficultés. Elle avait une haute vision de soi associée à une certaine rigidité. Elle se sentait facilement victime du préjudice d'autrui, de malveillance et d'incompréhension. Le rapprochement était également compliqué dans sa vie affective. Le clivage conduisait également la demanderesse à ne faire aucun apprentissage des expériences du passé. L'expert a conclu que la capacité de travail de la demanderesse était entière dès le 1<sup>er</sup> octobre 2017 dans toute activité sans baisse de rendement. En particulier, il a recommandé une activité en tant qu'infirmière ou ergothérapeute dans un EMS au sein duquel elle ne se serait pas astreinte au contact d'autres collègues. e. Contrairement à ce que paraît croire la demanderesse, le fait que le Dr F \_\_\_\_\_ ait d'abord établi un rapport préliminaire suivi d'un rapport final détaillé n'est pas de nature à discréditer ses conclusions, dès lors que le rapport final, qui reprend les informations contenues dans le rapport préliminaire et relate les plaintes de la demanderesse, est le résultat d'une étude fouillée et sérieuse, fondée sur une anamnèse complète, un examen personnel de celle-ci, y compris des tests psychométriques, et donc en connaissance de ses limitations. Contrairement aux dires de la demanderesse, l'expert a tenu compte des rapports des médecins traitants et expliqué les motifs pour lesquels il s'écartait des diagnostics retenus par ceux-ci. En outre, la demanderesse se méprend lorsqu'elle fait valoir que le rapport du Dr F \_\_\_\_\_ n'est pas probant au motif qu'elle n'avait pas été invitée à se déterminer sur les résultats de ce rapport avant que la défenderesse ne rende sa « décision » du 11 septembre 2017, mettant un terme aux prestations. Ce grief relève de la violation du droit d'être entendu. Or, ce droit régit l'activité de l'administration, mais non

pas celle des acteurs privés. Par conséquent, la demanderesse ne peut s'en prévaloir dans ses relations avec un assureur privé, comme en l'espèce (cf. ATAS/177/2014 du 12 février 2014 consid. 5). L'assureur privé ne rend en effet pas de décision sujette à opposition ou à recours, l'assuré devant saisir la juridiction compétente d'une demande en paiement (cf. ATAS/1203/2011 du 6 décembre 2011 consid. 2b). De toute manière, la demanderesse a, dans le cadre de la présente procédure, eu l'occasion de se prononcer sur le résultat de l'administration des preuves. f. De son côté, le Dr G\_\_\_\_\_ s'est écarté de l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ quant aux diagnostics retenus. Certes, selon le Dr G\_\_\_\_\_, le fait que la demanderesse ne faisait pas ménage commun avec son ami ou qu'elle ne s'investissait que moyennement dans une relation ne signifiait pas qu'elle présentait un trouble de la personnalité. Toutefois, même si le Dr G\_\_\_\_\_ mentionne que les emplois effectués par la demanderesse étaient par essence de courte durée (stages, mesure d'accompagnement de l'AI, placements de chômage, activités bénévoles), il n'en demeure pas moins qu'il ne s'est nullement prononcé sur le fait que la demanderesse, dans le cadre de plusieurs activités lucratives, était en conflit avec ses collègues et/ou la hiérarchie, ce qui avait motivé sa démission ou son licenciement - y compris en dernier lieu auprès de la Fondation B\_\_\_\_\_, raison, entre autres, pour laquelle le Dr F\_\_\_\_\_ a retenu un trouble de la personnalité. L'expert a relevé que la demanderesse attribuait à autrui l'entier de ses difficultés, elle avait une haute vision de soi associée à une certaine rigidité, elle se sentait facilement victime du préjudice d'autrui, de malveillance et d'incompréhension. En d'autres termes, l'expert n'a pas retenu une personnalité du type état limite en raison uniquement de la vie affective de la demanderesse, mais également compte tenu des conflits de travail répétitifs et du fait que la demanderesse faisait porter l'ensemble du conflit à l'extérieur par des mécanismes de clivage et de projection. En outre, contrairement à l'expert, le Dr G\_\_\_\_\_ n'a pas étayé son analyse sur des tests psychométriques. Il a posé le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne en raison des limitations telles que l'asthénie, l'intolérance au stress, l'anxiété, le manque d'énergie et les altérations cognitives (mémoire et concentration). Or, à l'examen, il n'avait pas constaté de fatigue, de ralentissement, de trouble du langage, de trouble de la concentration ou de la mémoire ni de trouble de l'orientation. Force est ainsi de constater que le rapport du contre-expert est contradictoire. Le Dr H\_\_\_\_\_ a relevé à cet égard que l'absence de la concentration ou de la mémoire, l'absence d'un ralentissement et de fatigue plaidaient contre le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne. De surcroît, le Dr G\_\_\_\_\_ n'a pas indiqué si le diagnostic qu'il retenait avait une répercussion sur la capacité de travail de la demanderesse. Il s'est borné à mentionner qu'en raison des limitations - c'est-à-dire celles décrites par l'expertisée -, la capacité de travail était nulle depuis le 20 janvier 2017 et qu'il espérait une reprise de travail à partir de mars 2018, sans toutefois préciser à quel taux. Au vu de ces éléments, le rapport du contre-expert n'est pas probant. g. Seule la Dresse C\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a attesté d'une incapacité de travail depuis le 20 janvier 2017 qu'elle a prolongée à réitérées reprises, en dernier lieu, jusqu'au 30 avril 2018. Or, les arrêts de travail attestés par la médecin traitant constituent des allégations de parties contestées par la défenderesse et aucun indice n'amène la preuve de l'incapacité de travail totale de la demanderesse au-delà du 30 septembre 2017. En effet, dans son rapport du 29 janvier 2019, la médecin traitant a répondu brièvement aux questions que lui avait posées la chambre de céans, sans fournir d'explications circonstanciées, alors qu'elle avait été invitée à motiver ses réponses. Ce rapport présente donc une valeur probante affaiblie. Partant, on ne saurait se fonder sur ce document pour tirer des conclusions définitives sur l'état de santé psychique de la demanderesse. Au

demeurant, s'agissant d'une atteinte entrant dans la catégorie des affections psychiques, comme en l'espèce, il appartient à un expert-psychiatre de poser un diagnostic et de se prononcer sur l'incapacité de travail qui peut ou non en résulter (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 596/03 du 19 août 2004 consid. 3.1 et les références). Or, le rapport du Dr G\_\_\_\_\_, psychiatre, est dénué de force probante pour les motifs exposés ci-dessus. En outre, depuis 2015, la demanderesse était suivie par le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, dans le contexte de la découverte de la sclérose en plaques. Si dans son rapport du 9 juin 2017, ce médecin a posé le diagnostic notamment d'une dépression moyenne et estimé nulle la capacité de travail de sa patiente dans toute activité, lors d'un entretien téléphonique avec le Dr F\_\_\_\_\_ le 20 août 2017, il était toutefois d'avis que la capacité de travail était entière. Le Dr F\_\_\_\_\_ a alors invité la défenderesse à reconsidérer la situation dans l'hypothèse où le Dr D\_\_\_\_\_ modifiait son appréciation (c'est-à-dire poursuivait l'incapacité de travail au-delà du 1<sup>er</sup> octobre 2017). À ce moment, la demanderesse, au demeurant réticente à tout traitement psychotrope, a cessé de consulter son psychiatre traitant, ne se sentant pas soutenue par celui-ci dans ses différents conflits avec l'ex-employeur, l'assurance perte de gain et l'expert psychiatre (cf. rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 9 février 2018). C'est dire que la demanderesse, qui allègue souffrir d'une atteinte à la santé psychique réactionnelle à un conflit de travail, a refusé des soins qui auraient été prodigués par un docteur dont la spécialité est la psychiatrie. h. Sur le vu de ce qui précède, la demanderesse n'a pas prouvé qu'elle serait totalement incapable de travailler à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2017. En conséquence, c'est à bon droit que la défenderesse a refusé de lui verser des indemnités journalières à compter de cette date. 14. La demanderesse doit donc être déboutée de ses conclusions. 15. Il ne sera pas perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC). La demanderesse, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (cf. ATAS/163/2011 du 9 février 2011 consid. 10). 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.