



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2413/2021

ATAS/439/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 juin 2024

Chambre 8

En la cause

A_____

demanderesse

représentée par Me Radivoje STAMENKOVIC, avocat

contre

BÂLOISE ASSURANCES SA

défendeur

représentée par Me Michel D'ALESSANDRI, avocat

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente suppléante, Anny FAVRE, Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après: l'assurée ou la demanderesse), née le _____ 1965, divorcée et mère de deux enfants nés en 1992 et 2005, était engagée jusqu'au 31 mars 2017 comme responsable marketing à 80%.
2. Le 23 novembre 2013, le docteur B_____, médecin généraliste FMH, a attesté une incapacité de travail de l'assurée dès le 22 août 2013 en raison d'une dépression.
3. En février 2014, l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité, en se prévalant d'un trouble dépressif.
4. Le 13 janvier 2015, le docteur C_____, psychiatre-psychothérapeute, a fait état de difficultés professionnelles depuis un an et du risque d'un licenciement. En réaction à ces évènements, l'assurée avait développé un trouble dépressif, épisode actuellement léger. Le traitement consistait en psychothérapie et antidépresseurs.
5. Selon le rapport du 15 juin 2014 du Dr B_____, l'assurée avait souffert d'un état dépressif sévère et d'un trouble de l'adaptation depuis avril 2013. À cela s'ajoutaient des lombalgies chroniques et des troubles fonctionnels du côlon. La capacité de travail était de 50% dès le 24 février 2014 et une reprise complète était prévue en juillet-août. Dans l'anamnèse, ce médecin a mentionné une crise de panique au travail avec hospitalisation le 22 août 2013 en relation avec un état dépressif réactionnel au changement du poste de travail et des difficultés familiales depuis de nombreuses années. En raison de troubles de la concentration, d'une fatigabilité et d'une anxiété, l'assurée était ralentie au travail et son rendement était diminué. Le pronostic était bon.
6. L'assurée ayant repris son travail le 10 juillet 2014, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: OAI) lui a refusé ses prestations, par décision du 29 janvier 2015.
7. En raison d'une incapacité de travail totale depuis le 2 août 2016, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité en mars 2017, en mentionnant souffrir notamment de lombo-sciatalgies droites L4-L5, de douleurs dans le dos, de la hanche et de la péri-hanche.
8. À la demande de l'assurance perte de gain de l'employeur, une expertise médicale a été réalisée par le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne. Dans son rapport du 25 avril 2017, l'expert n'émet aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Quant aux diagnostics de syndrome de fibromyalgie, de lombo-pygalgies et pseudosciatalgies droite d'origine indéterminée et de syndrome du côlon irritable, ils ne restreignaient pas la capacité de travail. Dans les plaintes de l'assurée, l'expert a rapporté qu'elle ne se sentait pas bien, dormait moins bien, manquait d'énergie et de motivation. En 2013, elle avait présenté un épisode dépressif avec attaque de panique ayant nécessité une hospitalisation. Depuis lors, elle était suivie par un psychiatre qu'elle continuait à voir toutes les deux à trois

semaines. Le syndrome douloureux lombo-sacré, existant depuis plusieurs années et exacerbé à plusieurs reprises, était résistant à toutes les thérapies. L'assurée présentait également des douleurs diffuses dans la ceinture scapulaire, le rachis cervical et les temporo-mandibulaires. À l'examen clinique, l'expert avait trouvé de multiples tenomyoses diffuses correspondant au tableau de fibromyalgie.

9. Selon le rapport du Dr C_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, du 3 juillet 2017, l'état de santé de l'assurée s'était amélioré sur le plan psychiatrique. Il existait une dépression moyenne. Il n'y avait pas de limitations sur le plan psychiatrique. La compliance était bonne et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. L'assurée était suivie toutes les semaines par la psychologue du cabinet. Un traitement antidépresseur était en cours.
10. Selon le rapport non daté, reçu en mars 2018 par l'OAI, du docteur E_____, psychiatre, l'assurée présentait un trouble de l'adaptation avec anxiété. L'humeur était stable. L'anxiété était due à sa situation. D'un point de vue psychiatrique, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles.
11. Dans son rapport du 9 avril 2019, le Dr B_____ a attesté d'une lombosciatalgie droite avec protrusion discale depuis août 2016 et des lombalgies chroniques depuis environ 2004. À titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a notamment mentionné un état anxio-dépressif réactionnel depuis août 2016 et un status après une dépression sévère en 2013 et 2014.
12. Dans le rapport d'évaluation pour l'intégration professionnelle de l'OAI du 18 mai 2017, il était mentionné notamment que l'assurée souffrait de douleurs en permanence en bas du dos, à la hanche et à la jambe du côté droit avec une perte de sensibilité. Elle avait des difficultés à la marche et ne pouvait plus conduire. À cela s'ajoutaient une fatigue importante et des difficultés de sommeil à cause des douleurs.
13. Dès le 5 mai 2019, l'assurée a été engagée en tant qu'assistante de direction à 70% chez F_____ SA (ci-après: l'employeur). À ce titre, elle était assurée auprès de la BÂLOISE ASSURANCES SA (ci-après: l'assurance perte de gain, puis la défenderesse) dans le cadre d'un contrat collectif d'indemnité journalière en cas de maladie.
14. Dans son avis médical du 10 septembre 2019, le docteur G_____ du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR) a considéré qu'une incapacité de travail totale dans toute activité était justifiée du 23 août 2016 au 19 août 2018 en raison de coxalgies droites invalidantes. Dès le 20 août 2018, l'assurée avait retrouvé une capacité de travail de 20% et dès le 1^{er} février 2019 une capacité de travail entière.
15. Dès le 1^{er} octobre 2019, une incapacité de travail de 30% était attestée par le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, puis de 50% à partir du 11 octobre 2019.

16. Dans son rapport du 17 octobre 2019, le Dr H_____ a diagnostiqué un conflit fémoro-acétabulaire et une tendinopathie ilio psoas à droite.
17. Le 1^{er} novembre 2019, le docteur I_____, médecin du sport, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, ainsi que rhumatologie, a émis les diagnostics de capsulite rétractile de la hanche droite avec douleur et raideur post-opératoire dans le contexte d'une arthrose débutante, de status après acétabuloplastie avec suture labrale, ostéochondroplastie fémorale à droite en avril 2018, de notion de déchirure et kyste dégénératif du ménisque externe du genou gauche, de lombalgie chronique mécanique sur discopathie dégénérative et de côlon irritable. Dans une activité de bureau et de marketing, la capacité de travail était vraisemblablement de 50%, en fonction de l'évolution des douleurs, et « normale » dans une activité adaptée, soit un poste avec limitation de postures statiques assise et debout, sans port de charges et possibilité d'adapter la posture en fonction des douleurs. Il était difficile à ce médecin de justifier une incapacité de travail totale malgré les douleurs fortes et invalidantes décrites.
18. Le 23 septembre 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait l'intention de lui octroyer une rente d'invalidité entière pendant une période limitée. Dans sa contestation du 25 juin 2021 de ce projet de décision, l'assurée a notamment mentionné avoir repris un travail à 70%, nonobstant d'importantes douleurs et limitations, dans le cadre d'une tentative de retour sur le marché du travail dans une activité « dite » adaptée. Ce retour s'était toutefois soldé par un échec. Son état de santé s'était péjoré, des douleurs à la hanche et des lombosciatalgies étant apparues également du côté gauche.
19. L'assurée a été licenciée pour le 31 décembre 2019.
20. Dès le 26 décembre 2019, une incapacité de travail totale a été attestée par le Dr H_____.
21. Depuis le 1^{er} février 2020, l'assurée est aidée financièrement par l'Hospice général.
22. Dans son rapport du 27 mars 2020, le Dr H_____ a attesté une incapacité de travail dans toute activité en raison d'un conflit fémoro acétabulaire, d'une arthrose et d'une tendinopathie ilio psoas droite qui provoquaient une douleur au moindre mouvement. À cela s'ajoutaient une lombo-sciatalgie à gauche sur discarthrose lombaire et une douleur au genou gauche sur lésion méniscale, rotulienne et arthrose.
23. Selon le rapport du 9 mars 2020 du Dr I_____, l'assurée présentait des problématiques dégénératives d'ordre mécanique avec des douleurs invalidantes et limitantes, n'ayant pas obligatoirement un point de départ structurel, en particulier sur les différentes imageries effectuées. Elle avait bénéficié de nombreuses infiltrations qui semblaient être peu efficaces ou avec un effet très temporaire.
24. Dans son avis médical du 8 mai 2020, le Dr G_____ du SMR a considéré que la situation médicale était parfaitement documentée et actualisée. Sur la base du

rapport précité du Dr I_____, le médecin du SMR a constaté qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux objectifs parlant pour une aggravation. L'assurée n'avait ainsi pas rendu plausible une péjoration de son état de santé.

25. Par décision du 26 mai 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité entière limitée à la période du 1^{er} septembre 2017 au 30 avril 2019 en raison de coxalgies invalidantes à droite.
26. Le 3 août 2020, l'assurée a consulté le docteur J_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation. Selon ce médecin, une fibromyalgie n'était pas exclue, raison pour laquelle il avait adressé l'assurée au docteur K_____, rhumatologue. Il a par ailleurs constaté un déconditionnement global et une pseudo-sciatalgie à gauche. Une capacité de travail résiduelle de 50% lui paraissait raisonnable.
27. Selon le rapport du 26 août 2020 du Dr K_____ au Dr J_____, l'assurée présentait des douleurs au niveau lombaire et du genou gauche, ainsi qu'au niveau inguinal d'origine mécanique sans argument pour une atteinte inflammatoire. Les critères pour le diagnostic de fibromyalgie n'étaient pas remplis. Dans l'anamnèse étaient notamment mentionnés un moral fluctuant avec des pleurs itératifs rares quant à sa situation et une visite chez un psychiatre qui avait diagnostiqué un épuisement.
28. Selon l'avis du 25 septembre 2020 du Dr D_____, médecin-conseil de l'assurance perte de gain, l'assurée présentait probablement un trouble somatoforme douloureux persistant, expliquant la résistance au traitement. Un tel diagnostic devait en principe être posé par un psychiatre et l'OAI aurait dû mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire. Néanmoins, le médecin-conseil a conclu à une capacité de travail de 70% dès le 6 mai 2019 dans une activité administrative.
29. Par courrier du 22 octobre 2020, l'assurance perte de gain a refusé à l'assurée ses prestations au motif que, selon l'OAI, sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée depuis le 1^{er} février 2019 et que son travail actuel était compatible avec ses limitations fonctionnelles.
30. Par courrier du 22 décembre 2020, l'assurée a contesté ce refus de prestations, par l'intermédiaire de son conseil, et a sommé l'assurance perte de gain de lui verser les prestations dues dans un délai échéant au 31 décembre 2020. Son état de santé s'était péjoré, si bien que les données soumises au médecin-conseil n'étaient plus à jour. Elle lui avait par ailleurs régulièrement remis ses certificats d'arrêt de travail.
31. Le 18 janvier 2021, l'assurée a signé un « ordre de paiement » en faveur de l'assurance perte de gain, en la priant de verser à l'Hospice général « les arriérages de rente d'invalidité qui [lui] seront alloués avec effet rétroactif ». Dans cet acte, elle s'engageait en outre à rembourser à cet organisme les prestations allouées, au cas où elle toucherait directement le rétroactif de l'assurance perte de gain. L'Hospice général a communiqué cet « ordre de paiement » à cette dernière.

32. Le 20 janvier 2021, l'assurance perte de gain a informé l'assurée qu'elle avait eu connaissance des rapports médicaux récents des Drs I_____, H_____ et L_____ et l'a invitée à lui transmettre tout autre document médical dont elle n'aurait pas eu connaissance, afin qu'elle puisse réexaminer le cas.
33. Le 24 mars 2021, le Dr L_____ et son médecin assistant, le docteur M_____, ont attesté que l'assurée présentait une maladie chronique multiple au niveau rachidien et au niveau des deux hanches et des sacro-iliaques. Une tentative de traitement conservateur par arthroscopie de la hanche n'avait pas pu améliorer la situation ni les nombreux investigations, bilans et infiltrations. On se trouvait ainsi dans une impasse thérapeutique. L'état était stable avec d'importantes limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne. Toute activité professionnelle manuelle ou avec port de lourdes charges était compromise.
34. Dans son rapport du 9 avril 2021, le Dr H_____ a confirmé ses précédents diagnostics. Une tentative de reprise du travail à 70% en mai 2019 s'était soldée par un échec en raison d'une péjoration des douleurs à la hanche droite et de l'apparition de douleurs au niveau de la hanche gauche et de lombosciatalgies à gauche. Ses investigations ont également mis en évidence une tendinite ischio-jambière et pyrochantérienne à gauche, une discarthrose multi-étagée associée à un débord médio-latérale à gauche L4-L5. L'assurée souffrant également d'une hépatite B virale chronique, les infiltrations étaient actuellement déconseillées.
35. En juin 2021, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité en se prévalant d'une péjoration de son état de santé.
36. Par demande du 14 juillet 2021, l'assurée a saisi la chambre de céans, en concluant à la condamnation de l'assurance perte de gain au paiement de CHF 105'823.70 avec intérêts à 5% l'an à compter du 1^{er} octobre 2019. Son incapacité de travail était médicalement attestée et il y avait lieu de reconnaître une pleine force probante aux certificats établis par ses médecins. À défaut, la défenderesse aurait dû mettre en œuvre une expertise médicale. Suivant les appréciations des médecins de l'OAI, elle avait par ailleurs repris le travail pendant cinq mois. Cependant, leurs prévisions s'étaient avérées trop optimistes.
37. Par courrier du 9 août 2021, la demanderesse a renoncé à la tenue d'une audience de premières plaidoiries.
38. Dans sa réponse du 31 août 2021, la défenderesse a conclu, par l'intermédiaire de son conseil, à l'irrecevabilité de la demande et subsidiairement à son rejet, sous suite de dépens. Elle a également renoncé à la tenue d'une audience de débats. En premier lieu, elle a nié la légitimation active de la demanderesse, du fait qu'elle avait cédé sa créance en paiement des indemnités journalières à l'Hospice général. Quant au fond, la demanderesse n'avait pas apporté la preuve de son incapacité de gain entre le 31 octobre 2019 et le 29 septembre 2021. Il y aurait par ailleurs lieu d'imputer sur les prestations éventuellement dues celles que la demanderesse avait reçues de l'Hospice général.

39. Dans sa réplique du 29 octobre 2021, la demanderesse a persisté dans ses conclusions, en considérant que la défenderesse ne pouvait se fonder sur les avis de l'OAI, en particulier en raison de la complexité de la situation médicale attestée par ses médecins et du nouveau diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant émis.
40. Dans sa duplique du 5 novembre 2021, la défenderesse a maintenu ses conclusions.
41. Le 7 avril 2022, la défenderesse s'est déterminée sur le dossier de l'assurance-invalidité dont la chambre de céans avait ordonné l'apport, et a maintenu ses conclusions. La demanderesse n'avait pas apporté la preuve de s'être trouvée, au degré de la vraisemblance prépondérante, en incapacité de gain durant la période litigieuse. En particulier, le Dr L_____ avait attesté que seule une activité professionnelle manuelle ou avec port de charges lourdes était compromise. Or, la demanderesse n'exerçait pas de travail manuel. Le Dr I_____ avait considéré qu'une incapacité de travail formelle était difficile à justifier, à moins de tenir compte des douleurs subjectives.
42. Par ordonnance du 23 juin 2022, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire et l'a confiée au docteur N_____, psychiatre-psychothérapeute FMH.
43. Dans son rapport du 12 octobre 2022, l'expert judiciaire a émis les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte et de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. Il ne s'est pas prononcé sur la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, en considérant qu'un examen complémentaire rhumatologique et une appréciation bi-disciplinaire étaient nécessaires, la présence de douleurs importantes sans substrat organique n'étant pas établie. Sur le plan strictement psychiatrique, les limitations fonctionnelles étaient discrètes, surmontables et sans répercussion sur la capacité de travail dans une activité adaptée à l'état somatique de la demanderesse.
44. Dans ses observations sur expertise, la défenderesse a persisté dans ses conclusions. Elle a relevé que, sur le plan rhumatologique, la situation médicale était connue. Il n'était ainsi pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire, comme préconisée par l'expert psychiatre. Aucune incapacité de travail n'étant attestée par celui-ci, la capacité de travail de la demanderesse devait être considérée comme entière durant la période litigieuse. De surcroît, cette dernière n'avait pas la qualité pour agir pour réclamer le paiement d'indemnités journalières pour la période du 31 octobre au 31 décembre 2019, dès lors qu'elle avait déjà perçu pour ces deux mois la totalité du salaire de la part de son ancien employeur. Tout au plus pourrait-elle demander les indemnités journalières pour la période du 1^{er} janvier 2020 au 29 septembre 2021.
45. La demanderesse s'est déterminée le 15 décembre 2022 sur l'expertise judiciaire et a proposé d'attendre les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire que l'OAI allait mettre en œuvre. Elle a par ailleurs relevé que l'expert avait considéré que si les douleurs étaient pour une part importante dépourvues de substrat organique, il y

aurait lieu de retenir le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant. L'expertise judiciaire devait dès lors être complétée par une expertise rhumatologique.

46. Par écritures du 16 décembre 2022, la défenderesse s'est opposée et à la suspension de la procédure et à une expertise rhumatologique.
47. Par ordonnance du 10 janvier 2023, la chambre de céans a suspendu la procédure jusqu'à réception de l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre par l'OAI.
48. Le 18 janvier 2024, l'OAI a communiqué à la chambre de céans le rapport d'expertise du 6 juillet 2023 de O_____ (ci-après: le centre d'expertises). Les médecins examinateurs étaient les docteurs P_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, R_____, rhumatologue FMH, et S_____, psychiatre-psychothérapeute FMH. Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu les diagnostics de lombalgies mécaniques dégénératives avec discopathies, coxalgies droites, gonalgies gauches, hépatite B chronique, actuellement inactive, syndrome de l'intestin irritable et de kyste annexiel droit non compliqué. Il y avait des limitations fonctionnelles, mais l'activité habituelle respectait celles-ci. Il n'y avait en outre pas d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence sur les ressources de la demanderesse. La capacité de travail était entière dans l'activité habituelle avec une perte de rendement de 10% dès avril 2019. La demanderesse ne présentait par ailleurs pas de syndrome somatoforme douloureux persistant, en l'absence d'état de détresse et des items sémiologiques requis, selon l'expert psychiatre qui a également relevé que le substrat somatique expliquait partiellement les douleurs.
49. Le 25 janvier 2024, la chambre de céans a repris l'instruction de la cause.
50. Le 21 février 2024, la défenderesse s'est déterminée sur cette expertise et a maintenu ses conclusions. Le taux d'occupation de la demanderesse ayant été de 70%, elle ne subissait aucune incapacité de travail, dès lors que les experts du centre d'expertises ont retenu une capacité de travail de 90% dans l'activité habituelle. La défenderesse s'est également prévalu de la nullité du contrat d'assurance, dans la mesure où le sinistre, à savoir une incapacité de travail de 10% dès avril 2019, selon l'expertise pluridisciplinaire, était déjà réalisé au début de ce contrat, étant précisé que la demanderesse avait commencé à travailler chez son dernier employeur le 5 mai 2019. Celle-ci n'avait pas non plus la qualité pour agir pour la période du 31 octobre au 31 décembre 2019, son employeur lui ayant payé l'intégralité du salaire afférent à cette période.
51. Dans ses observations sur expertise du 15 mars 2024, la demanderesse a dénié à l'expertise de l'OAI la reconnaissance d'une valeur probante. L'expert psychiatre n'avait pas discuté les diagnostics du Dr N_____ et les experts ne s'étaient pas prononcés, dans l'évaluation consensuelle, sur la présence d'un syndrome

douloureux somatoforme persistant. La demanderesse a sollicité son audition et a réservé la requête d'une nouvelle expertise bi-disciplinaire.

52. Par écritures du 18 mars 2024, la défenderesse s'est opposée à l'audition de la demanderesse et à une nouvelle expertise judiciaire, tout en relevant que les experts du centre d'expertises avaient discuté la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1).

b. Aux termes de l'art. 46a LCA, les assureurs doivent s'acquitter de leurs obligations découlant des contrats d'assurance au domicile suisse de l'assuré ou du preneur d'assurance. Le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors. Bien que cette disposition n'ait pas été modifiée, c'est désormais le CPC qui s'applique (cf. note de bas de page de la loi). L'art. 17 CPC prévoit que sauf disposition contraire de la loi, les parties peuvent convenir d'un for pour le règlement d'un différend présent ou à venir résultant d'un rapport de droit déterminé. Sauf disposition conventionnelle contraire, l'action ne peut être intentée que devant le for élu (al. 1). La convention doit être passée en la forme écrite ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte (al. 2).

L'art. G17 des conditions contractuelles de l'édition 2010, laquelle est applicable en l'espèce selon le contrat conclu, prévoit un for alternatif au lieu du domicile de l'assuré ou de l'assureur ou au lieu de travail de l'assuré.

c. Cela étant, la compétence *ratione materiae* et *ratione loci* doit être admise, la demanderesse étant domiciliée dans le canton de Genève.

2. La demande satisfait par ailleurs aux conditions de forme de l'art. 244 CPC. Partant, elle est recevable.
3. L'objet du litige porte sur la capacité de travail de la demanderesse entre le 1^{er} octobre 2019 et le 29 septembre 2021, ainsi que sur son droit aux indemnités journalières pendant cette période.
4. Conformément à l'art. 243 al. 2 let. f CPC, la procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal.

Il en résulte que le tribunal établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). Il s'agit donc d'un cas où une disposition spéciale instaure la maxime inquisitoire, en lieu et place de la maxime des débats (ATF 138 III 625 consid.2.1).

5. a. La preuve d'un sinistre étant par nature difficile à apporter, l'exigence de preuve est réduite et il suffit que l'ayant droit établisse une vraisemblance prépondérante (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa).

Il y a vraisemblance prépondérante lorsqu'il est possible que les faits pertinents se soient déroulés différemment, mais que les autres possibilités ou hypothèses envisageables n'entrent pas raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 4A_193/2008 du 8 juillet 2008 consid. 2.1.2). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

b. Selon l'art. 157 CPC, le tribunal établit sa conviction par une libre appréciation des preuves administrées. Il apprécie librement la force probante de celles-ci en fonction des circonstances concrètes, sans être lié par des règles légales et sans être obligé de suivre un schéma précis (arrêt du Tribunal fédéral 5A_113/2015 du 3 juillet 2015 consid. 3.2) et doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de statuer sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A_253/2007 du 13 novembre 2007 consid. 4.2).

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

6. Il convient en premier lieu d'examiner l'incidence de la cession de créance de la demanderesse à l'encontre de la défenderesse en faveur de l'Hospice général.

a. L'art. 73 al. 1 LCA, dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2021, dispose que le droit qui découle d'un contrat d'assurance de personnes ne peut être constitué en gage ou cédé ni par endossement ni par simple tradition de la police. Pour que la constitution du gage et la cession soient valables, il faut la forme écrite et la tradition de la police, ainsi qu'un avis écrit à l'assureur.

Le Tribunal cantonal des assurances du canton de Zurich a retenu que la cession de créances découlant d'une assurance d'indemnités journalières relevant d'une assurance de dommages - et non de sommes - était également régie par l'art. 73 LCA, et non l'art. 165 du Code des obligations (CO - RS 220) (arrêt KK.2005.00008 du 12 juillet 2006 consid. 2.5). Une partie de la doctrine s'est

ralliée à cette analyse (Moritz KUHN in Basler Kommentar, Versicherungsvertragsgesetz, Nachführungsband, 2012, p. 236 ad art. 73 LCA).

b. Eu égard à ce qui précède, force est de constater que la cession de créance intervenue ne satisfait pas aux exigences légales de forme, de sorte qu'elle n'est pas valable. En particulier, la demanderesse n'a pas transmis à l'Hospice général la police d'assurance. Partant, la demanderesse est légitimée à faire valoir la créance litigieuse en justice.

7. Au vu de ce qui suit, la chambre de céans laissera ouverte la question de la nullité du contrat d'assurance et la question de savoir si la demanderesse est en droit de réclamer les indemnités journalières durant une période pendant laquelle l'employeur lui a versé son salaire, comme la défenderesse l'allègue.
8. S'agissant des prestations dues par l'assurance-invalidité, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur, dans l'ATF 141 V 281, le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Pour l'évaluation de la capacité de travail en cas de troubles psychiques, d'un syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables, il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Il s'agit des indicateurs suivants:
 - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),
 - A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).
 - B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)
 - C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)
 - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

Il sied d'appliquer ces principes par analogie également en matière d'assurance privée.

9. a. Dans son rapport du 12 octobre 2022, l'expert judiciaire retient les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte, ainsi que de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. Il ne se prononce pas sur la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, en considérant qu'un examen complémentaire rhumatologique et une appréciation bidisciplinaire sont nécessaires, la présence de douleurs importantes sans substrat organique n'étant pas établie. Sur le plan strictement psychiatrique, les limitations fonctionnelles sont discrètes, surmontables et sans répercussion sur la capacité de travail dans une activité adaptée à l'état somatique de la demanderesse.

L'expert relève toutefois que si les douleurs étaient dépourvues d'un substrat organique, pour une part significative, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant devrait sans doute être posé, en raison de la présence de facteurs psycho-sociaux et émotionnels au niveau professionnel (surmenage et épuisement, conflits, sensation de mobbing, licenciement) et au niveau affectif (décès du père, conflit de couple, conflit avec le fils). Les conflits familiaux réveillent par ailleurs d'anciennes blessures liées à l'enfance et au milieu familial. Il y a une fragilité psychologique structurelle qui renforce l'impact « psychogène » des douleurs.

b. Selon l'évaluation consensuelle de l'expertise pluridisciplinaire du 6 juillet 2023, la demanderesse présente les diagnostics de lombalgies mécaniques dégénératives avec discopathies, coxalgies droites, gonalgies gauches, hépatite B chronique, actuellement inactive, syndrome de l'intestin irritable et de kyste annexiel droit non compliqué. Il y a des limitations fonctionnelles, mais l'activité habituelle respecte celles-ci. La capacité de travail est ainsi de 90% dès avril 2019. Il n'y a pas d'aspects liés à la personnalité avec une incidence sur les ressources de la demanderesse.

L'expert psychiatre ne retient aucun diagnostic au niveau psychiatrique et ne constate en particulier pas de syndrome douloureux somatoforme persistant, en l'absence d'état de détresse et des items sémiologiques requis. Il relève par ailleurs que le substrat somatique explique partiellement les douleurs.

10. a. L'expertise pluridisciplinaire remplit les critères pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle a été établie en pleine connaissance du dossier médical, y compris de l'expertise judiciaire du Dr N_____, prend en considération les plaintes de la demanderesse, est fondée sur des examens cliniques approfondis et contient des conclusions motivées et convaincantes.

b. La demanderesse met toutefois en cause la valeur probante de cette expertise au motif que ni l'expert psychiatre ni les autres experts ne se sont déterminés

expressément sur les diagnostics retenus par le Dr N_____. Elle ne produit toutefois aucun document médical qui permettrait de mettre en doute cette expertise pluridisciplinaire.

c. Il est vrai que l'expert psychiatre du centre d'expertise se contente de constater l'état clinique de la demanderesse dans un examen systématique. Lors de cet examen, l'expertisée ne présente aucun trouble psychique. Cela n'est toutefois pas en contradiction avec l'expertise du Dr N_____. En effet, si l'expert judiciaire mentionne certes les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte, ainsi que de trouble dépressif récurrent, il constate parallèlement que ces atteintes sont en rémission lors de son examen. Cela signifie que la demanderesse ne présentait pas non plus les symptômes liés à ces diagnostics lorsqu'elle a été examinée par ce dernier expert.

Par ailleurs, le Dr N_____ n'a pas retenu le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant.

Il appert en outre que l'état de la demanderesse s'est amélioré au moment de l'expertise pluridisciplinaire, dès lors qu'elle ne se plaint plus d'une fatigue chronique.

Au vu de l'expertise pluridisciplinaire, il s'avère que les critères jurisprudentiels ne sont pas remplis pour admettre un trouble somatoforme douloureux chronique, dans la mesure où les ressources de la demanderesse sont intactes, selon les experts. Elle est en effet soutenue par sa famille, ainsi que des amis, et ne présente pas non plus de trouble de la personnalité ni même les traits d'un tel trouble. Au niveau psychiatrique, il n'y a pas de comorbidités.

Cela étant, même s'il n'y a pas de signes permettant de douter de la réalité des douleurs dont l'importance ne s'explique que partiellement par les atteintes somatiques, l'examen des critères jurisprudentiels ne permet pas de retenir un trouble somatoforme douloureux chronique. L'expertise mise en œuvre par l'OAI est ainsi convaincante.

Selon cette expertise, la demanderesse présente une incapacité de travail de 10%, de sorte qu'aucune incapacité de travail ne peut être admise dans son emploi à 70% durant la période litigieuse.

11. Au vu de ce qui précède, la requête d'expertise bi-disciplinaire judiciaire est rejetée. Il en va de même pour la demande d'audition de la demanderesse. En effet, ses allégations, non étayées par des documents médicaux, ne sont pas propres à mettre en doute les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire.
12. Par conséquent, la demande sera rejetée.
13. L'art. 95 al. 3 let. b CPC prévoit que les dépens comprennent le défraiement d'un représentant professionnel. Le droit à une indemnité pour frais d'avocat découle ainsi aujourd'hui du droit fédéral (arrêt du Tribunal fédéral 4C_1/2011 du 3 mai 2011 consid. 6.2). Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais

comprenant les dépens (cf. art. 96 CPC). 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). Le droit cantonal prévoit toutefois qu'il n'est pas alloué de dépens à la charge de l'assuré dans les causes portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire, comme cela ressort de l'art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile (LaCC – E 1 05).

Il résulte de ce qui précède que la défenderesse ne peut prétendre à des dépens, même si elle obtient gain de cause.

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

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente suppléante

Pascale HUGI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance par le greffe le