



Président : Daniel Logos  
Juges : Jean Moritz et Philippe Guélat  
Greffière : Lisiane Poupon

**ARRET DU 6 AVRIL 2017**

en la cause liée entre

**A.,**

- représentée par **Me Baptiste Allimann**, avocat à Delémont,

**demanderesse,**

et

**X. Assurances,**

- représentée par **Me Pierre Heinis**, avocat à Neuchâtel,

**défenderesse.**

**CONSIDÉRANT**

**En fait:**

A. Par contrat conclu le 25 novembre 2014, A. (ci-après : la demanderesse) a été engagée pour une durée indéterminée en qualité de gestionnaire en assurances et prévoyance au sein de l'entreprise B. (ci-après : l'employeur), avec effet dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Auparavant, elle avait déjà effectué son apprentissage et travaillé auprès de cet employeur sur la base d'un contrat de durée déterminée (PJ 2 et 30 demanderesse).

A ce titre, la demanderesse a été assurée auprès de X.Assurances (ci-après : la défenderesse), l'employeur ayant souscrit une assurance-maladie collective auprès de celle-ci. L'indemnité journalière assurée équivaut à 90% du salaire assuré pour une durée de prestations de 730 jours par cas, moins

un délai d'attente de 30 jours. Elle s'élève à CHF 131.20 pour la demanderesse (PJ 2 défenderesse).

- B. Depuis le 2 septembre 2015, la demanderesse, traitée par le Dr C., médecine interne FMH, est déclarée en incapacité totale de travailler pour cause de maladie en raison d'un trouble dépressif d'intensité modérée à sévère sans élément psychotique, trouble de l'anxiété et surcharge professionnelle (PJ 4 défenderesse et 14 demanderesse). Elle a bénéficié d'indemnités journalières versées par la défenderesse durant la période comprise entre le 2 octobre 2015 et le 29 février 2016 (PJ 5 défenderesse).
- C. Le Dr E., médecin assistant auprès du centre G. a posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte dans son rapport médical établi le 15 décembre 2015 et visé par le Dr F., chef de clinique (PJ 7 demanderesse). Ce rapport a été établi sur la base d'une brève analyse des éléments anamnestiques et du statut psychopathologique de la demanderesse qui s'est rendue aux urgences de l'hôpital \_\_\_\_\_, le jour en question, vers 1h30, accompagnée par son compagnon, à la suite d'une crise d'angoisse avec idées noires, mais sans élément déclencheur. Le médecin a relevé l'absence de délire ou de trouble formel de la pensée et un discours cohérent. Elle ne présentait pas de risque suicidaire, en dépit d'une humeur triste. Le Dr C. lui ayant déjà instauré un traitement antidépresseur et anxiolytique, le Dr E. a estimé qu'il s'agissait d'un traitement adapté.
- D. Le 17 décembre 2015, la défenderesse a adressé un courrier à la demanderesse lui indiquant qu'elle avait décidé de la mise en œuvre d'une expertise médicale auprès de la Dresse D., le 19 janvier 2016 (PJ 6 défenderesse).
- E. En date du 18 décembre 2015, l'employeur a résilié le contrat de travail de la demanderesse avec effet dès au 29 février 2016 (PJ 3 demanderesse).
- F. Le 19 janvier 2016, la demanderesse ne s'est pas présentée à l'expertise médicale auprès de la Dresse D. au motif qu'elle avait été licenciée par son employeur (PJ 8 défenderesse).
- G. Par courrier du 20 janvier 2016, en raison de l'absence non excusée de la demanderesse à l'expertise médicale précitée et des conditions générales applicables, la défenderesse a suspendu le versement des indemnités journalières avec effet immédiat, en lui indiquant qu'un éventuel droit aux prestations sera réexaminé lorsqu'elle se sera présentée à une nouvelle expertise médicale. Elle a par ailleurs réclamé le remboursement des frais occasionnés (CHF 400.-) à la suite de son défaut au rendez-vous fixé pour l'expertise (PJ 9 défenderesse).  
La demanderesse a ensuite été entendue par les inspecteurs de sinistres de la défenderesse les 7 avril et 19 mai 2016 (PJ 10 et 13 défenderesse). Elle a alors notamment décrit ses symptômes, son suivi médical, ses limitations et activités quoti-

diennes. Elle s'est en particulier prononcée sur ses activités de "deejay", activités ressortant de ses publications sur les réseaux sociaux (PJ 16 défenderesse).

La demanderesse s'est finalement rendue postérieurement au nouveau rendez-vous fixé auprès de la Dresse D.

H. En date du 13 juin 2016, la Dresse D., psychiatre psychothérapeute FMH, a rendu son rapport d'expertise médicale (PJ 14 défenderesse). Dans ce rapport, elle décrit de manière circonstanciée l'anamnèse de la demanderesse, en examinant sa situation sur les plans familial, personnel, social, au niveau de ses habitudes, sur le plan de l'hérédopathie ainsi que sur les plans somatique et psychopathologique. Elle y analyse l'évolution de la maladie et décrit les résultats des thérapies, avant d'aborder les plaintes et données subjectives de la demanderesse. Elle a ensuite effectué un examen clinique détaillé, comportant notamment un test selon l'échelle de dépression Hamilton, une analyse du taux sérique et de l'urine, avant d'établir son appréciation médicale du cas et son pronostic. La Dresse D. relève notamment dans sa conclusion que, pendant la durée de son entretien, de 2h30, la demanderesse est demeurée vive, enjouée, tonique, souriante, volubile, prolixe, tenant peu compte de son interlocuteur. L'experte n'a par ailleurs pu objectiver aucune fatigabilité ou ralentissement psychomoteur, ni aucun trouble thymique ou affectif. L'attention, la concentration et la mémoire sont globalement dans les normes. Les plaintes relatées, à savoir angoisses fréquentes et symptômes dépressifs conséquents, ne sont pas objectivés. Par ailleurs, les activités décrites par la demanderesse sur les réseaux sociaux et les résultats de l'enquête requise par la défenderesse sont incompatibles avec les symptômes anxieux et dépressifs majeurs relatés. Le langage verbal est en totale contradiction avec son langage analogique, c'est-à-dire avec ce qu'elle montre et réalise. Se fondant sur la définition du diagnostic d'épisode dépressif (F32) selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM-10), l'experte constate que, cliniquement, la demanderesse ne présente ni épisode dépressif (confirmé par un score de 8 points à l'échelle de dépression d'Hamilton), ni trouble anxieux. La recherche pour un état de stress post-traumatique, un trouble affectif bipolaire ou une psychose est négative. Des traits immatures et états limites sont présents mais ils n'atteignent pas, selon la définition de la CIM-10, une intensité suffisante pour retenir un trouble de personnalité. L'experte conclut finalement qu'il n'existe aucun fait médical à l'origine d'une incapacité de travail. Toutefois, d'autres facteurs, rendant son pronostic mauvais, sont présents, à savoir ses conflits avec son employeur, son licenciement, le fait qu'elle ne veuille plus exercer le métier d'employée de commerce et sa démotivation pour tout autre emploi. La demanderesse ne présente aucun trouble psychique qui aurait nécessité un arrêt de travail. A ce jour (7 juin 2016), la capacité de travail est de 100 % et aucune limitation n'est retenue tant dans l'activité professionnelle habituelle que dans une autre activité adaptée. Aucun examen ou traitement médical n'est nécessaire.

I. Par courrier du 15 juin 2016, la défenderesse a informé la demanderesse du résultat de l'expertise médicale et du fait qu'elle était disposée à lui verser les indemnités

journalières, sans reconnaissance d'un préjudice ou d'une obligation de prestations, jusqu'à la fin du contrat de travail, soit le 29 février 2016 (PJ 9 demanderesse).

- J. Sur requête de la défenderesse, le Dr H., médecin assistant auprès du centre G., a posé les diagnostics suivants dans son rapport médical établi le 3 août 2016 et visé par le Dr F. chef de clinique : épisode dépressif moyen (F32.1) et trouble panique (anxiété épisodique paroxystique, F41.0; PJ 6 de la demanderesse). Ce rapport a essentiellement été établi sur la base d'une brève analyse de l'anamnèse, de la structure de la personnalité de la demanderesse et des symptômes décrits par cette dernière. Ce médecin relève notamment que les premiers symptômes dépressifs et anxieux de la demanderesse sont apparus vers août 2015 et qu'ils ont été exacerbés par l'apparition de difficultés financières survenues en raison de son licenciement. Selon ce médecin, ces troubles nécessitent un arrêt de travail à 100%.
- K. Le 19 mai 2016, par l'intermédiaire de ses inspecteurs de sinistres, la défenderesse a soumis une offre de règlement amiable du litige en proposant à la demanderesse une indemnité forfaitaire définitive de CHF 3'500.-. Cette dernière a catégoriquement refusé cette offre estimée trop basse (PJ 13 défenderesse).
- L. Par courrier du 28 octobre 2016, la demanderesse, agissant par son mandataire, a mis en demeure la défenderesse de lui verser les indemnités journalières dues de puis le 1<sup>er</sup> mars 2016, avec intérêts à 5% (PJ 17 demanderesse). La défenderesse n'a donné aucune suite à ce courrier.
- M. Par mémoire daté du 15 novembre 2016, la demanderesse a introduit une demande en paiement auprès de la Cour de céans concluant à la condamnation de la défenderesse à lui verser les prestations découlant du contrat d'assurance-maladie collective auxquelles elle a droit, soit au minimum 260 indemnités journalières à CHF 131.20, équivalant à un montant de CHF 34'112.-, avec intérêts à 5% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2016 (échéance moyenne), auxquelles s'ajoutent les indemnités journalières courant dès la litispendance et tant et aussi longtemps que dure l'incapacité de travail, mais au maximum pour une durée n'excédant pas les termes contractuels, soit 730 indemnités journalières au total, ainsi qu'un montant de CHF 400.-, correspondant au coût de l'expertise médicale retenu par la défenderesse sur le montant des indemnités journalières dues et versées de janvier à février 2016, sous suite des frais et dépens, et sous réserve des dispositions relatives à l'assistance judiciaire gratuite requise pour la présente procédure. La demanderesse allègue en substance qu'en raison de son incapacité de travail survenue pendant la période de couverture de l'assurance, soit le 2 septembre 2015, la défenderesse est tenue de lui verser les indemnités journalières, conformément à la convention conclue entre les parties. Le fait que le contrat de travail ait été résilié avec effet au 29 février 2016 n'est pas déterminant. Concernant sa requête à fin d'assistance judiciaire gratuite, elle précise notamment vivre en concubinage et bénéficier de l'aide sociale. Elle a dès lors cédé à la commune de \_\_\_\_\_

les indemnités journalières réclamées à concurrence du prêt financier obtenu. L'assistance d'un mandataire professionnel est justifiée puisqu'elle séjourne actuellement auprès de I.

- N. Par mémoire de réponse du 13 janvier 2017, la défenderesse a conclu au rejet de la demande en toutes ses conclusions, sous suite des frais et dépens. Elle allègue en substance que les certificats médicaux rédigés par les médecins traitants de la demanderesse doivent être pris en considération avec beaucoup de retenue puisqu'ils contrastent avec les conclusions de l'expertise médicale de la Dresse D. De plus, vu le résultat de l'expertise médicale, il est établi que la demanderesse n'est pas en incapacité de travail de sorte que sa demande est infondée. A titre subsidiaire, elle souligne que la demanderesse n'est pas légitimée à demander le versement d'indemnités, dans la mesure où elle a cédé à la Municipalité de \_\_\_\_\_ les éventuelles prestations en indemnités journalières auxquelles elle pourrait prétendre.
- O. Lors de l'audience du 29 mars 2017, les parties et un témoin ont été entendus. La demanderesse a limité ses conclusions au paiement des indemnités journalières dues au 3 janvier 2017 inclusivement et a déposé plusieurs certificats médicaux (PJ 20 à 30). La défenderesse a également déposé le procès-verbal du 3 novembre 2015 d'audition de la demanderesse par son employeur. La demanderesse a confirmé son mémoire de demande ainsi que ses déclarations faites aux inspecteurs de sinistres de la défenderesse. Elle a en revanche contesté les conclusions de l'expertise de la Dresse D., estimant que cette dernière n'est pas neutre. Elle a notamment ajouté ne pas s'être présentée à cette expertise le 19 janvier 2016, car elle était en incapacité de travail selon son médecin. Elle a séjourné pendant 2 mois à I. et s'est rendue pendant trois mois au centre J. Elle est toujours suivie par le centre G. Sur le plan professionnel, elle a commencé, le 1<sup>er</sup> mars 2017, une formation et travaille pour l'entreprise K. à 50% en qualité de conseillère de vente. Elle a déposé une demande AI le 13 mars 2017. Elle n'a jamais envisagé de travailler chez \_\_\_\_\_ ; elle avait seulement suivi une information de la part de représentants de cette dernière. Elle se consacre toujours à sa passion de "deejay".
- La défenderesse a également confirmé son mémoire de réponse. Le témoin L., indépendante au bénéfice d'une franchise de représentation de l'entreprise B., a employé la demanderesse d'abord à \_\_\_\_\_, puis à \_\_\_\_\_. Elle s'est notamment exprimée sur divers problèmes rencontrés avec la demanderesse dans le cadre de son apprentissage et de son emploi.
- P. Il sera revenu, ci-après, en tant que besoin, sur les autres éléments de fait du dossier.

**En droit:**

1. La Cour civile est compétente à raison de la matière pour traiter de la présente procédure (art. 4 al. 2 LiCPC, art. 7 CPC) en la forme simplifiée (art. 243 al. 2 litt. f CPC).
2. Le litige porte sur le droit de la demanderesse au versement par la défenderesse d'indemnités journalières découlant du contrat d'assurance-maladie collective liant les parties ainsi que sur le bien-fondé de la retenue d'un montant de CHF 400.- sur les indemnités journalières du mois de janvier/février 2016, correspondant au coût de l'expertise médicale annulée, la demanderesse estimant que cette retenue ne repose sur aucune base légale.
3. La demanderesse a signé le 31 août 2016, une déclaration par laquelle elle "donne l'ordre à X. Assurances de verser les prestations d'assurance légales" la concernant à la commune de \_\_\_\_\_ jusqu'à concurrence de prêt financier obtenu de l'autorité d'assistance (PJ 18 de la demanderesse). Il convient d'examiner à titre préalable l'effet de cette déclaration sur la légitimation active de la demanderesse.
- 3.1 Aux termes de l'article 22 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), les prestations accordées rétroactivement par l'assureur social peuvent être cédées à l'employeur ou à une institution d'aide sociale publique ou privée dans la mesure où ceux-ci ont consenti des avances (let. a) ou à l'assureur qui a pris provisoirement à sa charge des prestations (let. b). L'article 85<sup>bis</sup> al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI) précisant cette disposition prévoit que les employeurs, les institutions de prévoyance professionnelle, les assurances-maladie, les organismes d'assistance publics ou privés ou les assurances en responsabilité civile ayant leur siège en Suisse qui, en vue de l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, ont fait une avance, peuvent exiger qu'on leur verse l'arriéré de cette rente en compensation de leur avance et jusqu'à concurrence de celle-ci. Il est de jurisprudence constante que les prestations des assurances indemnités journalières conclues par un employeur en faveur de son personnel conformément à la LCA sont des prestations au sens de l'article 85bis al. 2 RAI (TF 9C\_926/2010 du 4 août 2011 consid. 4.2 et les réf. citées).
- 3.2 Au vu de son libellé, qui n'est pas celui d'une cession de créance, la déclaration du 31 août 2016 signée par la demanderesse n'a ainsi pas eu pour effet d'opérer substitution de la titularité de la créance en paiement d'indemnités journalières, si bien que la demanderesse n'a pas perdu, de ce fait, la légitimation active pour faire valoir l'entier de sa prétention à l'encontre de la défenderesse.
4. L'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, individuelle ou collective, peut être souscrite dans le cadre de l'assurance-maladie sociale, régie par les lois fédérales sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) et sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) ; elle peut aussi être l'objet d'un

contrat d'assurance privée, soumis à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA ; RS 221.229.1 ; TF 4A\_111/2010 du 12 juillet 2010 consid. 1).

- 4.1 Il est constant en l'espèce que le contrat d'assurance-maladie collective contre la perte de gain en cas de maladie est soumis à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA; PJ 3 de la défenderesse). Etant donné que la LCA ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, le droit aux prestations se détermine en principe exclusivement d'après la convention des parties (TF 4A\_111/2010 précité consid. 2 et ATF 133 III 185 consid. 2 cité ; Vincent BRULHART, Droit des assurances privées, 2008, p. 362 et 364).

Selon l'article x des conditions générales applicables (PJ 3 défenderesse), l'indemnité journalière est servie pour chaque jour calendaire d'incapacité de travail d'au moins 25% constatée par un médecin. Le droit aux prestations commence à l'expiration du délai d'attente et à la condition que la personne assurée fasse encore partie du cercle des personnes assurées à l'expiration dudit délai. Est réputée maladie toute atteinte involontaire à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. Cette dernière se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (cf. p.11 des conditions générales applicables - Définitions).

Sur demande de l'assureur, l'ayant droit doit lui fournir tout renseignement sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer les circonstances dans lesquelles le sinistre s'est produit ou à fixer les conséquences du sinistre (art. 39 al. 1 LCA). Lors du sinistre, l'ayant droit est en outre obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage. S'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer. Si l'ayant droit contrevient à cette obligation d'une manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité du montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie (art. 61 LCA). De plus, l'article x1 des conditions générales applicables stipule notamment que la défenderesse peut ordonner des examens et des expertises par des médecins désignés par elle et si le preneur d'assurance ou la personne assurée ne s'acquitte pas de ses obligations légales et contractuelles dans les 30 jours qui suivent l'envoi d'une sommation écrite, le droit aux prestations s'éteint. La sommation doit rappeler les conséquences du retard. Selon l'article x2 desdites conditions générales, la personne assurée doit tout entreprendre afin de restreindre le dommage et éviter tout ce qui pourrait conduire à une augmentation des prestations d'assurance. Le manquement à cette obligation entraîne une réduction des prestations.

- 4.2 Comme en matière d'assurances sociales, pour déterminer la survenance d'une incapacité de travail, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement

d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (TFA 1381/03 du 26 novembre 2003 consid. 2.1). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est décisif de se demander si ce rapport est suffisant pour trancher le litige, si les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, s'il repose sur des examens complets du patient, s'il tient compte des douleurs dont celui-ci se plaint, s'il a été établi en connaissance des actes antérieurs (anamnèses), s'il est clair dans l'évaluation des relations médicales et du statut médical et si les conclusions de l'expert sont fondées et dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c et références citées). 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. Pour ce qui est des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3a; TFA I 407/03 du 15 septembre 2003 consid. 4.3; TFA I 701/00 du 19 septembre 2001 consid. 3b).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes ; il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage (TF 9C\_573/2009 du 16 décembre 2009 consid. 2.3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 Consid. 6.1.2 et références citées). Une expertise médicale ordonnée par l'assurance ou le juge ne peut donc pas être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire, compte tenu de la relation de confiance qui unit le médecin traitant à son patient. Toutefois, ce motif seul ne suffit pas pour écarter purement et simplement l'avis de médecins traitants (dans ce sens, not., TF 9C\_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1).

- 4.3 En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge est dès lors tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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 qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

5. Au cas d'espèce, pour établir son incapacité totale de travailler, la demanderesse se prévaut des certificats médicaux établis par ses médecins traitants le Dr C., les médecins du centre G. et de M. La défenderesse se prévaut en ce qui la concerne de l'expertise de la Dresse D.
- 5.1 Appliquant les principes relevés ci-dessus en matière d'interprétation des rapports médicaux, la Cour de céans constate que l'expertise de la Dresse D., spécialiste en psychiatrie et psychothérapeutique, est complète puisqu'elle a été établie en connaissance des actes antérieurs (anamnèses). Cette spécialiste analyse l'évolution de la maladie et les résultats des thérapies et elle se prononce sur les plaintes et douleurs décrites par la demanderesse. L'appréciation du cas est concrète et les conclusions sont dûment motivées sur la base des éléments du dossier. La demanderesse n'établit au travers des différents rapports médicaux dont elle se prévaut aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise médicale et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de la Dresse D. ou pour établir le caractère incomplet de son rapport. En l'absence d'autres explications médicales permettant d'éclairer sous un jour différent le point de vue de l'experte, il n'y a pas lieu de s'écarter de son avis. On relèvera encore en particulier que la Dresse D. a fondé son diagnostic sur ses propres observations et non pas seulement sur les plaintes rapportées par la demanderesse, contrairement aux médecins du centre G., ce qui ressort en particulier de la description des symptômes décrits pour justifier le diagnostic posé selon la CIM-10, figurant sous chiffre 2 du rapport médical du 3 août 2016 (PJ 6 demanderesse). Dans ce rapport, le médecin du centre G. justifie en effet la réalisation des critères d'épisode dépressif majeur recensés dans le DSM IV et la CIM-10 en particulier par l'existence d'une humeur dépressive "pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par elle-même et observée par les autres (pleurs)", "une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours", "un ralentissement psychomoteur presque tous les jours", "une fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours". Ces circonstances de fait ne peuvent à l'évidence pas avoir été constatées par les médecins du centre G. auprès desquels la demanderesse ne se rend en consultation qu'à raison d'une séance seulement par mois en moyenne. Ces symptômes ne font que reprendre les propres plaintes de la demanderesse, alors que les conclusions de la Dresse D. sont justifiées et documentées par ses propres constatations cliniques au regard des plaintes et données subjectives de la demanderesse et de l'examen auquel elle a procédé. De plus, l'expertise médicale aborde de manière circonstanciée l'anamnèse de la demanderesse en examinant sa situation familiale, personnelle, sociale, au niveau de ses habitudes, sur les plans de l'hérédopathie, somatique et psychopathologique ; elle se fonde en outre sur un état de fait complet comprenant notamment les habitudes quotidiennes de la demanderesse (notamment les sorties nocturnes, l'activité de DJ, les publications sur les réseaux sociaux) et son attitude lors de l'entretien.

Contrairement à l'expertise précitée, les rapports établis par les médecins du centre G. et par ceux de M. ne font état, hormis les rapports des 15 décembre 2015, 3 août 2016 et 14 février 2017 (PJ 6, 7 et 29 demanderesse), que de la période d'incapacité de travail et du taux de celle-ci, sans autre diagnostic. Dans leur lettre de sortie du 14 février 2017, les thérapeutes de M. ne mettent en évidence aucune circonstance médicale permettant de remettre en cause les conclusions de l'experte D., hormis leur diagnostic divergent qu'ils ne justifient cependant pas au regard des conclusions de cette dernière. Un tel résultat constitue un nouvel exemple de l'expérience - notoire dans la pratique judiciaire - selon laquelle un seul et même état de santé peut donner lieu à des évaluations médicales très différentes, ces avis constituant de par la nature même de leur objet un acte relevant du pouvoir d'appréciation médical. C'est également le lieu de rappeler que, selon l'expérience également, ces thérapeutes, en leur qualité de médecins traitants, sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ces derniers.

S'agissant de l'appréciation du cas par le Dr C., qui n'est pas spécialisé en psychiatrie, ses conclusions ne sauraient également l'emporter sur celles de l'experte, dans la mesure où lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'est susceptible d'entraîner une atteinte psychique, une expertise psychiatrique est nécessaire (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2 et TF 9C\_588/2907 du 12 juin 2008, consid. 3.4).

On relèvera enfin que dans leur lettre de sortie du 14 février 2017, les thérapeutes de M. mentionnent notamment que la demanderesse, après avoir été souvent absente à partir des fêtes de fin d'année, a mis fin à son séjour en admission volontaire dès le 24 novembre 2017 "de façon abandonnique" avec effet au 3 janvier 2017, ne répondant plus aux nombreuses sollicitations de reprise de contact jusqu'au 17 janvier 2017. A cette date, tout en ayant mis fin à son traitement "de façon abandonnique", la demanderesse a néanmoins continué à se plaindre qu'elle ne se sentait pas bien psychologiquement, alors qu'elle venait de passer avec succès un entretien d'embauche (PJ 29 demanderesse). Cette attitude est révélatrice d'une certaine tendance chez la demanderesse à l'exagération dans ses diverses plaintes.

- 5.2 Dans ces circonstances, les conclusions des médecins traitants de la demanderesse ne sauraient emporter la conviction face à celles dûment documentées et complètes formulées de la Dresse D. dans son rapport d'expertise dont le caractère probant doit être admis. Cette conclusion est confortée par les nombreuses activités de "deejay" exercée par la demanderesse ressortant de ses publications sur les réseaux sociaux, en particulier à l'époque de l'incapacité de travail dont elle se prévaut, ceci dans le cadre de soirées publiques ou encore de mixages "live" d'une certaine durée mis en ligne sur internet, activités nécessitant des ressources particulières (PJ 16 défenderesse).

Au vu de ces motifs, se référant aux conclusions de la Dresse D., la Cour constate que l'incapacité de travail de la demanderesse n'est pas établie, si bien qu'elle doit être déboutée de toutes ses conclusions tendant au versement par la défenderesse d'indemnités journalières au-delà de celles déjà versées jusqu'à fin février 2016.

- 5.2 Concernant la retenue d'un montant de CHF 400.- sur les indemnités journalières relatives au mois de janvier/février 2016, correspondant au coût de l'expertise qui n'a pu être effectuée dans un premier temps, il convient de relever que c'est en raison du refus de la demanderesse de se rendre, le 19 janvier 2016, auprès de l'experte que les frais de celle-ci ont été facturés à la défenderesse. Il doit dès lors être constaté que c'est en raison du manquement par la demanderesse à ses obligations légales (art. 39 al. 1 et 61 LCA) et conventionnelles (art. G4.3 et G4.4 des conditions générales applicables) que lesdits frais ont été occasionnés.

Cette retenue d'un montant de CHF 400.- est de ce fait justifiée, étant relevé que la demanderesse ne conteste ni avoir reçu copie de la facture de la Dresse D., dont fait mention le courrier de la défenderesse du 20 janvier 2016 (PJ 9 défenderesse), ni le montant de cette facture.

6. Au vu de ce qui précède, la demande doit être rejetée.
7. La demanderesse a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure devant la Cour de céans.  
 Au vu des pièces produites, en particulier le fait qu'elle bénéficie de l'aide sociale, sa situation financière ne lui permet pas de faire face aux dépens de son mandataire. Par ailleurs, on ne saurait dire, de prime abord, que son action était dénuée de chances de succès. Enfin, les questions à résoudre sont suffisamment complexes au niveau juridique pour justifier l'assistance d'un mandataire, de telle sorte que la demanderesse doit être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la présente procédure.

8.

- 8.1 Il n'est pas perçu de frais judiciaires pour les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (art. 113 al. 2 let. f CPC) ni pour l'octroi de l'assistance judiciaire (art. 119 al. 6 CPC).

- 8.2 L'indemnité de dépens à allouer au mandataire de la demanderesse doit être fixée conformément à l'ordonnance fixant le tarif des honoraires d'avocat (RSJU 188.61 ; ci-après : l'ordonnance). En règle ordinaire, les honoraires d'avocat sont fixés en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le mandataire a dû y consacrer. Selon l'article 8 de l'ordonnance, l'autorité prend ainsi notamment en considération, pour déterminer le temps nécessaire au besoin de la cause, la nature de celle-ci, son importance, notamment sa valeur liti-

gieuse, la difficulté en fait et en droit, la responsabilité que l'avocat a assumée, son travail, le contenu de la note d'honoraires, si celle-ci a été produite, ainsi que les démarches entreprises pour obtenir l'assistance judiciaire gratuite (cf. ég. ATF 122 I 1 consid. 3a ; 117 la 22 consid. 3a ; 109 la 107 consid. 3b). Selon la jurisprudence, l'indemnité à laquelle l'avocat d'office a droit, dans le cadre des prescriptions cantonales applicables, s'apparente aux honoraires perçus par le mandataire plaidant aux frais de son client (ATF 132 I 201 consid. 7.1; 122 I 1 consid. 3a; 117 la 22 consid. 4a). Les critères précités sont dès lors applicables pour déterminer les honoraires auxquels l'avocat commis d'office a droit, à savoir les 2/3 des honoraires fixés selon le tarif horaire, auxquels s'ajoutent un montant correspondant à la TVA (art. 9 al. 1 et 2 de l'ordonnance) ainsi que les débours et vacations (art. 14 et 15 de l'ordonnance). L'indemnité ne couvre pas seulement les démarches judiciaires à proprement parler ; en matière civile tout particulièrement, la jurisprudence admet que le conseil d'office est amené à accomplir dans le cadre du procès de nombreuses démarches extra-judiciaires, notamment en vue de la recherche d'une transaction ; les frais encourus à cette fin doivent être remboursés, pour peu qu'ils soient justifiés par la défense des intérêts du client (ATF 117 la 22 consid. 4a ; TF 4A\_391/2008 du 25 novembre 2008 consid. 3.2; publié in RSPC 2009, p. 173 s.). Pour apprécier l'importance du travail et du temps consacré à la cause, il faut tenir compte du fait que l'activité du mandataire ne doit être prise en considération que dans la mesure où elle s'inscrit raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de sa tâche, à l'exclusion de démarches inutiles ou superflues (ATF 111 V 48 consid. 4a ; TFA I 699/04 du 23 janvier 2006 consid. 2.3);

Au cas particulier, la note d'honoraires du 29 mars 2017 déposée comprend 28.7 heures de temps consacré au mandat d'office, ce qui est excessif. La cause ne présentait en effet pas une complexité particulière. Sur le plan des faits, le dossier comporte un nombre restreint de pièces et les questions juridiques à examiner ne présentent pas une difficulté significative. Le mémoire de demande, comportant également la requête à fin d'assistance judiciaire, représente 8 pages. La prise de connaissance du mémoire de réponse, comportant 13 pages et relatant essentiellement les faits déjà connus de la demanderesse, ne représente pas non plus une activité importante. Enfin, l'audience des débats du 29 mars 2017 a duré 2 heures.

Il se justifie en conséquence de prendre en considération les activités nécessaires suivantes, par rapport à la note d'honoraires produite :

- conférences à cliente : 3 heures (une durée de 4h10 étant excessive au regard de l'état de fait);
- rédaction de la demande et du bordereau de pièces : 6 heures (les durées de 9 heures pour le dépôt de la demande et de 110 mn pour l'établissement du bordereau de PJ étant également excessives);
- préparation de l'audience des débats : 2 heures (une durée de 5 heures étant disproportionnée par rapport aux questions litigieuses);
- audience des débats: 2 heures (6 heures selon la note d'honoraires);
- courriers divers et clôture du dossier: 160 mn (selon la note d'honoraires produite).

Il en résulte que les honoraires nécessaires au besoin de la cause du mandataire d'office de la demanderesse doivent être taxés comme suit : honoraires : CHF 2'820.- (15h40 à CHF 180.-), plus débours par CHF 189.-, vacation par CHF 150.- (soit une demi vacation, conformément à l'art. 15 al. 3 de l'ordonnance et au chiffre 2 de la circulaire n° 12 du Tribunal cantonal du 26 août 2015 relative à la fixation des honoraires d'avocats en justice) et TVA par CHF 252.70, soit au total CHF 3'411.70.

Les dépens de la défenderesse, taxés de manière identique à ceux de la demanderesse, sont mis à la charge de cette dernière (art. 106 al. 1 CPC).

### **PAR CES MOTIFS**

### **LA COUR CIVILE**

**met**

la demanderesse au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la présente procédure ;

**lui désigne**

Me Baptiste Allimann, avocat à Delémont, en qualité de mandataire d'office ; pour le surplus,

**rejette**

la demande;

**dit**

qu'il n'est pas perçu de frais judiciaires ;

**condamne**

la demanderesse à verser à la défenderesse une indemnité de dépens de CHF 4'934.50, (honoraires: CHF 4'230.-; débours: CHF 189.-; vacation: CHF 150.- et TVA 365.50);

**taxe**

à CHF 3'411.70 (honoraires: CHF 2'820.-; débours : CHF 189.-; vacation : CHF 150.-; TVA: CHF 252.70) les honoraires que Me Baptiste Allimann pourra réclamer à l'Etat en sa qualité de mandataire d'office de la demanderesse ;

**réserve**

les droits de l'Etat et du mandataire d'office de la demanderesse, conformément à l'article 123 CPC;

**informe**

les parties des voie et délai de recours selon avis ci-après ;

**ordonne**

la notification du présent arrêt :

- à la demanderesse, par son mandataire, Me Baptiste Allimann, avocat à Delémont;
- à la défenderesse, par son mandataire, Me Pierre Heinis, avocat à Neuchâtel;

la communication du présent arrêt :

- à FINMA, Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers, Laupenstrasse 27, 3003 Berne.

Porrentruy, le 6 avril 2017