

GE_GERICHTE ATAS/197/2026 vom 4. März 2026

GE Cour de justice, 2026-03-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_197_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/197/2026 du 4 mars 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/197/2026 del 4 marzo 2026

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 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 prévues

A/2872/2025 - 8/14 - à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations d'assurance pour son incapacité de travail du 18 mars au 31 août 2025.

E. 3.1

L'art. 67 LAMal dispose que toute personne qui est domiciliée en Suisse ou y exerce une activité lucrative et qui est âgée de 15 ans au moins mais n'a pas atteint l'âge de 65 ans peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens des art. 2 al. 1 ou 3 de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSLAMal - RS 832.12) (al. 1). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective. Les assurances collectives peuvent être conclues par des employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes (let. a) ; organisations d'employeurs ou des associations professionnelles, pour leurs membres et les travailleurs de leurs membres (let. b) ; organisations de travailleurs, pour leurs membres (let. c) (al. 3). Aux termes de l'art. 72 LAMal, l'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées. Ils peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité (al. 1). Les prestations prises en charge sont rattachées à la période d'incapacité de travail (al. 1bis). Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA). À défaut d'accord contraire, le droit prend naissance le troisième jour qui suit le début de la maladie. Le versement des prestations peut être différé moyennant une réduction correspondante du montant de la prime. Lorsque la naissance du droit à l'indemnité journalière est subordonnée à un délai d'attente convenu entre les parties, durant lequel l'employeur est tenu de verser le salaire, ce délai peut être déduit de la durée minimale du versement de l'indemnité journalière (al. 2). Les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours. L'art. 67

LPGA n'est pas applicable (al. 3). L'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal est une assurance de perte de gain, et le droit aux indemnités journalières est donc subordonné à ce que l'ayant droit subisse une perte de salaire ou de gain effective en raison d'une atteinte à la santé due à une maladie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_131/2020 du 5 février 2021 consid. 3.2).

E. 3.2

Conformément à l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son

A/2872/2025 - 9/14 - domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'art. 6 LPGA deuxième phrase codifie le principe de l'obligation de diminuer le dommage. Dans l'hypothèse où un assuré doit s'astreindre à changer de profession, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat - pendant lequel les indemnités journalières versées restent dues - pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi. Dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de l'administration doit en règle générale être considéré comme adéquat (arrêt du Tribunal fédéral 9C_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.4 et les références).

E. 3.3

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). En règle générale, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418). Ainsi, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4 ; ATAS/700/2021 du 29 juin 2021 consid. 14 ; voir également ATF 143 V 409 consid. 4.5.2). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs ; cf. ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a ; ATAS/856/2019 du 12 septembre 2019 consid. 6). Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2).

A/2872/2025 - 10/14 - Un expert psychiatre doit se voir reconnaître une certaine marge d'appréciation dans l'appréciation de l'incapacité de travail dès lors qu'une telle appréciation médicale est par essence en partie une question d'appréciation (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; 130 V 352 consid. 2.2.4).

E. 3.4

Pour trancher le droit aux prestations, le juge a besoin de documents que le médecin ou 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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal 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 tribunal 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. 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 143 V 124 consid. 2.2.2). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_453/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

A/2872/2025 - 11/14 - Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur juge une expertise nécessaire dans le cadre de mesures d'instruction médicale, il en fixe le type selon les exigences requises. Trois types d'expertise sont possibles, une expertise monodisciplinaire, bidisciplinaire ou pluridisciplinaire (al. 1). Lorsqu'il communique le nom des experts, l'assureur soumet aussi aux parties les questions qu'il entend poser aux experts et leur signale qu'elles ont la possibilité de remettre par écrit des questions supplémentaires dans le même délai. L'assureur décide en dernier ressort des questions qui sont posées aux experts (al. 3). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences

sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Ces principes sont également applicables en matière de litiges portant sur le droit à des indemnités journalières selon la LAMal (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_838/2018 du 14 février 2019 consid. 2.2). Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

E. 4

En l'espèce, le contrat conclu entre l'employeur et l'intimée courant dès le 1er janvier 2024 a pour objet la couverture des conséquences économiques d'une incapacité de travail ou de gain. Les Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal dans leur édition du 1er janvier 2018 (CGA) font parties intégrantes du contrat. La police prévoit le versement d'indemnités journalières en cas de maladie correspondant à 80% du salaire durant 730 jours, avec imputation d'un délai d'attente de 14 jours. Selon l'art. 10 al. 2 CGA, la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré à la fin du contrat de travail ou du contrat collectif. Toutefois, la couverture et le droit aux prestations sont maintenus pour l'incapacité en cours à la fin du contrat de travail, si le contrat collectif est en vigueur à cette date. L'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières en se fondant sur les conclusions du Dr D_____, auquel elle avait demandé un avis médical et non une expertise. Lors de l'audience du 4 février 2026, la représentante de

A/2872/2025 - 12/14 - l'intimée a indiqué que le Dr D_____ était un expert totalement indépendant de l'assurance, qui avait néanmoins recours à lui régulièrement. Cela étant, le rédacteur du rapport de visite du 20 mars 2025 indiquait qu'il se justifiait d'aviser le médecin-conseil du cas de la recourante dès lors qu'un arrêt d'un mois pour une grippe semblait long. Par ailleurs, force est de constater que les questions adressées au Dr D_____ ne prévoyaient pas d'anamnèse et portaient essentiellement sur les constats faits lors de l'examen de l'assurée par ce médecin ainsi que sur les diagnostics justifiant « actuellement » l'incapacité de travail. Aucune question n'était posée sur l'état de santé et les diagnostics qui auraient pu être posés sur la période passée, si ce n'est qu'il était demandé au médecin si l'évolution de la guérison jusqu'au jour de son examen permettait de conclure à l'observance thérapeutique nécessaire. Il était enfin demandé au Dr D_____ si d'autres renseignements médicaux ou le recours à un expert était nécessaire. Il résulte de ce qui précède que les questions posées ne correspondent pas à une expertise complète et que c'était davantage un avis de médecin-conseil qui était demandé au Dr D_____ plutôt qu'une expertise indépendante au sens de l'art. 44 LPGa. Le rapport établi par ce dernier ne contient pas d'anamnèse sérieuse et fonde ses conclusions sur les diagnostics et la capacité de travail uniquement sur la situation actuelle. Le Dr D_____ n'a pas commenté les conclusions du Dr C_____, qu'il a indiqué avoir tenté de contacter par téléphone sans succès, malgré plusieurs tentatives. Il n'a en outre pas essayé de contacter le psychiatre que

la recourante avait annoncé consulter le lendemain de leur entretien, ce qui aurait été possible et justifié. La chambre de céans constate que le Dr D_____ semble avoir examiné le cas de la recourante avec une certaine légèreté, sans prendre sérieusement en considération sa situation spécifique, qui n'était pas anodine. Elle a en effet expliqué avoir eu une succession de difficultés qui ont pu avoir un impact sur sa santé psychique. La recourante a expliqué qu'elle n'avait pas eu l'idée de consulter avant, pensant que cela allait passer. Elle n'a jamais eu de problème de dépression auparavant et semble avoir des ressources sérieuses, mais il apparaît, au vu de l'ensemble des circonstances alléguées, que son état psychique a pu être temporairement assez atteint pour l'empêcher de reprendre son travail à l'issue de son congé maternité. Le bref avis complémentaire du Dr D_____ du 18 juillet 2025 n'est pas clair et suggère de manière spé cieuse que la recourante ne lui aurait pas dit la vérité sur son rendez-vous du lendemain avec un psychiatre, en relevant que le rapport de ce dernier ne datait que d'un mois plus tard. Rien ne permet de faire douter des déclarations de la recourante à ce sujet, dès lors que le Dr F_____ n'a pas mentionné la date de son premier rendez-vous avec elle dans son rapport du 11 juin 2025, que cette dernière a confirmé à la chambre de céans avoir bien vu le Dr F_____ le lendemain de son rendez-vous avec le Dr D_____ et qu'il est

A/2872/2025 - 13/14 - courant que les médecins ne rédigent pas leur rapport le jour-même de leur examen. Il est également critiquable que le Dr D_____ relève le fait que le Dr F_____ avait fait un arrêt de travail jusqu'au 11 juin 2025, ce qui couvrait la période de vacances de la recourante, laissant ainsi entendre qu'elle aurait eu des motifs non fondés de demander un arrêt de travail. Or, il ressort des faits que ce congé avait été fixé en accord avec l'employeur. De même dans son premier rapport, le Dr D_____ avait noté qu'elle lui avait déclaré être très fatiguée en précisant « qu'elle riait volontiers en déclarant cela », ce qui à nouveau suggère des doutes sur sa bonne foi ou sur l'intensité de sa fatigue, sans base sérieuse, le rire pouvant être un signe de nervosité ou de gêne. Le Dr D_____ a contesté le diagnostic indiqué par le Dr F_____, notamment au motif qu'il était imprécis (épisode dépressif léger ou moyen ?). La chambre de céans constate que dans son rapport du 11 juin 2025, le Dr F_____ a posé le diagnostic provisoire d'épisode dépressif modéré, ce qui paraît non seulement clair mais cohérent avec le fait qu'il suivait la recourante depuis peu. Les rapports du Dr D_____ sont ainsi peu probants et sérieusement remis en cause par les rapports de médecins traitants de la recourante. Le Dr C_____ a vu la recourante à plusieurs reprises pendant la période en cause, avant le début du suivi par le Dr F_____, de sorte que ses constats sont déterminants pour cette période. S'agissant du Dr F_____, il a posé des diagnostics psychiatriques et prescrit un antidépresseur, ce qui rend vraisemblable qu'il avait constaté un état dépressif d'une certaine intensité de la recourante. Dans ce cas de figure, une expertise au sens de l'art. 44 LPGGA doit en principe être ordonnée. Au vu de la période relativement courte de l'incapacité de travail invoquée par la recourante et attestée par ses médecins traitants, soit entre la fin de son congé maternité, le 18 mars jusqu'au 31 août 2025, la cause sera renvoyée à l'intimée pour éventuelle reconsidération du cas, ou pour mise en œuvre d'une expertise par un psychiatre indépendant.

E. 5

Le recours est ainsi partiellement fondé. La décision querellée sera annulée et la cause sera renvoyée à l'intimée au sens des considérants. Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure à la recourante, qui n'est pas assistée d'un conseil et qui n'a pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPGGA). La procédure est gratuite (art. 61 let. fbis a

contrario LPGA).

A/2872/2025 - 14/14 -

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.