

GE_GERICHTE ATAS/777/2011 vom 11. August 2011

GE Cour de justice, 2011-08-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_777_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/777/2011 du 11 août 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/777/2011 del 11 agosto 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le TCAS connaissait en instance unique tant des contestations prévues 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) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal relevant de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (Loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le TCAS (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). En l'occurrence, la police d'assurance prévoit expressément que les parties sont liées par une assurance perte de salaire en cas de maladie « selon la LCA » (voir aussi « Informations clients selon la LCA », Edition 01.2006, jointes à la police). Partant, la Chambre de céans est compétente pour juger du cas d'espèce.

E. 2

Déposée dans la forme requise [cf. art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA); art. 404 CPC], la demande en paiement est recevable.

E. 3

L'objet du litige porte sur le droit éventuel de la demanderesse au paiement d'un solde d'indemnités journalières, étant par ailleurs relevé que le montant de l'indemnité journalière comme tel (244 fr.72) n'est pas contesté par les parties.

E. 4

Préalablement, on rappellera que, dans le domaine de l'assurance couvrant le risque de la perte de gain en raison de la maladie, les parties peuvent librement choisir, soit de conclure une assurance sociale d'indemnités journalières régie par les art. 67 à 77 LAMal, soit de conclure une assurance d'indemnités journalières soumise à la LCA (arrêt 4A_373/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2.1).

A/3849/2009 - 18/26 -

E. 4.1

En l'occurrence, comme on vient de le voir, Y _____ et la défenderesse ont conclu un contrat d'assurance prévoyant qu'il est soumis à la LCA. Ledit contrat n'est donc pas régi par la LAMal.

E. 4.2

Partant, la demanderesse ne saurait invoquer l'art. 72 al. 3 et al. 5 LAMal pour prétendre au paiement d'indemnités journalières pour une période de 720 jours sur 900 jours.

E. 5

Contrairement à ce qu'affirme la demanderesse, le contrat d'assurance litigieux se caractérise comme une assurance contre les dommages, et plus particulièrement contre la perte de gain (cf. libellé de la police d'assurance et des CGA faisant expressément référence à une assurance « dommages », respectivement « perte de salaire » en cas de maladie ; voir aussi art. 107, 110 et 111 CGA). Les prestations d'assurance ne sont donc pas dues indépendamment du dommage causé par l'incapacité de travail, respectivement en fonction du seul degré d'incapacité de travail (comme c'est le cas avec les assurances de somme), mais des conséquences économiques du sinistre pour l'assuré (cf. arrêt 4C-2007/2007 du 2 novembre 2007, consid. 3 ; ATF 119 II 361 consid. 4). En outre, en prévoyant que les prestations ne sont allouées qu'en complément d'éventuelles prestations sociales ou privées, l'art. 111 CGA veut éviter une surindemnisation, respectivement un enrichissement de l'assuré.

E. 6

Par ailleurs, contrairement à l'avis de la demanderesse, les conditions d'assurance applicables en l'occurrence (730 indemnités journalières sur une période de 900 jours, moyennant un délai d'attente de 90 jours, soit 640 indemnités) sont globalement équivalentes au sens où l'entend l'art. 324 a al. 4 CO. En effet, lesdites indemnités couvrent au moins 80% du salaire (ici 90%) et l'employeur prend en charge l'entier des primes d'assurance. De plus, l'employeur verse 100% du salaire durant le délai d'attente (cf. art. 2803 du Statut du personnel, invoqué dans le mémoire de réponse de Y_____ du 11 décembre 2007 devant le Tribunal des prudhommes, p. 12, § 13 et 14). Enfin, les indemnités journalières ne prennent pas fin en cas de rupture des rapports de travail (cf. Brunner/Bühler/Waeber/Bruchez, Commentaire du contrat de travail, 3e éd. 2004, n° 22 ad art. 324a CO).

E. 7

La LCA ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de sorte que le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties.

E. 7.1

A teneur de l'art. 102 CGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la 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.

A/3849/2009 - 19/26 - L'art. 111 CGA prévoit que si la personne assurée ou l'ayant droit a également droit à des prestations d'assurances sociales (p. ex. assurances fédérales vieillesse, invalidité, maladie, accidents, chômage ou militaire), de la prévoyance professionnelle (obligatoire ou surobligatoire), d'un autre assureur dommage ou d'un tiers responsable, la ZURICH complète ces prestations de tiers à concurrence du montant des prestations assurées. Selon les art. 114 et 115 CGA, le délai d'attente court dès le premier jour d'incapacité de travail et est calculé par cas de maladie. L'art. 123 CGA précise que la

réapparition d'une maladie (récidive) est considérée, eu égard à la durée des prestations et au délai d'attente – pour autant que ceux-ci aient été convenus par cas de maladie – comme un nouveau cas de maladie lorsque l'assuré n'a pas dû cesser son travail pendant 12 mois ininterrompus à cause de cette même maladie. En outre, les jours d'incapacité partielle de travail sont comptés en plein pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente (art. 124 CGA, 2ème phr. in fine). Enfin, l'art. 119 CGA prescrit qu'à partir du versement d'une rente AVS, au plus tard à partir du moment où l'assuré atteint l'âge ordinaire de la retraite AVS, la ZURICH paie encore l'indemnité journalière pendant 180 jours au maximum par cas de maladie. Lorsque l'assuré atteint 70 ans révolus, le droit à cette prestation s'éteint entièrement. Par ailleurs, selon la jurisprudence, dans le cas de l'assurance des indemnités journalières soumise à la LCA, l'assureur doit en principe verser les prestations convenues jusqu'à épuisement, quand bien même la relation contractuelle a pris fin. Cette règle ne vaut, cependant, que sous réserve d'une convention contraire conclue par les parties (arrêt 4A_373/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2.2 ; ATF 127 III 106 consid. 3 b; ALFRED MAURER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3ème éd. 1995, n° 1 p. 240), ce qui n'est pas le cas en l'espèce (sous réserve de l'art. 119 CGA précité, lequel ne trouve toutefois pas application in casu : cf. ci-dessous, consid. 7.2).

E. 7.2

En l'occurrence, après un premier empêchement de travailler à 100% débuté le 26 avril 2006, l'assurée a récupéré une capacité de travail de 50% dès le 6 juin 2006, puis de 100% dès le 26 juin 2006 (cf. décompte « absence-vacances » de l'employeur du 21 septembre 2006, produit par la demanderesse), avant de subir un nouvel empêchement de travailler à 100% dès le 31 août 2006. C'est le lieu de relever que celle-ci n'a pas établi à satisfaction de droit (art. 8 CCS, également applicable dans le domaine du contrat d'assurance : ATF 130 III 321 consid. 3.1), avoir subi une incapacité de travail du 26 juin au 30 août 2006, se contentant d'affirmer qu'il « restait une incertitude » à cet égard ; elle a d'ailleurs même laissé clairement entendre, dans son courrier à l'assurance du 9 septembre 2009, qu'elle avait été capable de travailler à 100% du 6 juillet au 30 août 2006. A juste titre, la défenderesse a retenu (implicitement) qu'il ne s'agissait pas là d'un nouveau cas de maladie (art. 115 CGA), mais d'une récurrence d'une même affection psychique

A/3849/2009 - 20/26 - survenue dans les douze mois de l'apparition de la maladie (art. 123 CGA a contrario ; voir aussi rapport du Dr B_____ du 27 octobre 2008 faisant état d'un trouble dépressif majeur existant depuis le printemps 2006 et déterminations de la demanderesse du 31 août 2010, p. 8, § 9), laquelle ne donnait pas lieu à un nouveau délai d'attente (art. 108 CGA). Le délai d'attente de 90 jours a donc débuté le 26 avril 2006 et est arrivé à échéance le 28 septembre suivant (sans qu'il y ait lieu de distinguer entre capacité de travail totale et partielle : art. 124 CGA, 2ème phr. in fine). Le délai de couverture maximal de 640 jours (730 - 90) courait ainsi du 29 septembre 2006 au 29 juin 2008.

Comme l'assurée se trouvait toujours en incapacité de travail complète au-delà du 29 juin 2008 (cf. ci-dessous consid. 9.2), elle avait en principe droit au paiement de ses indemnités journalières jusque-là. C'est le lieu de préciser que, contrairement à ce qu'elle soutient en se fondant sur une interprétation erronée de l'art. 119 CGA, la demanderesse n'a pas droit, en sus, à des prestations allant jusqu'à 180 jours après l'âge de la retraite AVS (64 ans pour les femmes, qu'elle a accomplis le 30 juin 2008). En effet, cette disposition n'emporte pas l'obligation pour l'assureur de payer des indemnités journalières pour une durée supérieure à la période de 640 jours prévue par la police d'assurance ; le délai de 180 jours constitue au

contraire la limite d'indemnisation maximale à laquelle l'assureur est tenu de verser des prestations à un assuré toujours empêché de travailler après avoir atteint l'âge de la retraite.

E. 7.3

Par ailleurs, il est constant que la ZURICH a versé à Y_____ l'équivalent de 186 indemnités journalières pour la période du 27 octobre 2006 au 30 avril 2007 (cf. rectification de la défenderesse du 2 décembre 2010). Il est également constant qu'en date du 29 janvier 2009, Y_____ a réglé à son ancienne employée le solde du salaire afférent au délai de congé prolongé (septembre 2006 au 28 février 2007), ainsi que les indemnités journalières pour les mois de mars et avril 2007 (sous déduction des indemnités de chômage correspondantes). Reste donc seule litigieuse l'indemnisation de l'assurée pour la période du 1er mai 2007 au 29 juin 2008.

E. 7.4

Préalablement, l'autorité de céans observe qu'au 30 avril 2007, la ZURICH était théoriquement tenue de payer 214 indemnités journalières (et non 186 ou 191), compte tenu d'un délai d'attente de 90 jours échéant au 28 septembre 2006 (cf. ci-dessus, consid. 7.2). La demanderesse ne saurait toutefois rien en tirer, dans la mesure où, on l'a vu, elle a été intégralement indemnisée par l'employeur jusqu'au 30 avril 2007. Le cas échéant, il appartiendra à Y_____ – à laquelle copie du présent arrêt sera transmise pour information - de réclamer auprès de la ZURICH le

A/3849/2009 - 21/26 - remboursement du solde des indemnités journalières en cause, si elle s'y estime fondée.

E. 7.5

En conclusion, pour la période courant du 1er mai 2007 au 29 juin 2008, la demanderesse a encore droit, en principe, à 426 indemnités journalières [(640 - 214)], soit à 104'250 fr.70 (426 x 244 fr. 72).

E. 7.6

En application de l'art. 111 CGA, il convient toutefois de retrancher de ce montant le solde des indemnités journalières reçues au titre des PCM, soit 26'842 fr. 20, montant que la demanderesse a d'ailleurs reconnu encore devoir à l'assurance- chômage (ci-dessus, § 47). La créance subrogatoire d'UNIA de 5'402 fr. 05 (indemnités de chômage des mois de septembre et octobre 2006) a directement été payée à cette caisse par Y_____ le 7 février 2008, en imputation des arriérés de salaire correspondant, versés le même jour à l'assurée (supra, § 16). Il n'y a donc pas lieu d'imputer ce montant une seconde fois. La défenderesse reste ainsi débitrice de 77'408 fr. 50 (104'250 fr. 70 – 26'842 fr. 20).

E. 8

S'agissant des intérêts moratoires, l'art. 41 al. 1 LCA dispose que la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention. La LCA ne contient toutefois pas de dispositions sur la demeure, laquelle est dès lors régie, en vertu de l'art. 100 al. 1 LCA, par les art. 102 ss CO. Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO) ; lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule

expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). L'intérêt moratoire - de 5 % l'an (art. 104 al. 1 CO) - est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation (ATF 103 II 102 consid. 1a) ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (ATF 98 II 23 consid. 7 p. 33; Luc Thevenoz, in Commentaire romand du Code des obligations I, n. 9 ad art. 104 CO). Faute d'un terme comminatoire fixé par le contrat d'assurance pour l'exécution, la défenderesse ne doit des intérêts moratoires à la demanderesse qu'à partir du moment où elle a été interpellée par celle-ci (art. 102 al. 1 CO).

E. 8.1

En l'occurrence, c'est par courrier du 9 septembre 2009 que la demanderesse a réclamé à la ZURICH le paiement du solde des indemnités journalières litigieuses (du 1er mai 2007 au 5 décembre 2008). Ledit courrier a été reçu au plus tard le

E. 8.2

Enfin, la prétention relative au paiement d'intérêts moratoires sur les intérêts de retard (calculés par la demanderesse pour la période du 1er juin 2008 au 31 octobre 2009 : cf. ci-dessus, § 32) doit être écartée, en vertu de l'art. 105 al. 3 CO (interdiction de l'anatocisme). 9. A l'appui de sa demande reconventionnelle tendant au remboursement de 73'555 fr. 45, la défenderesse conteste que la demanderesse se soit encore trouvée dans l'incapacité de travailler, dès le 1er mai 2007, ou, « à tout le moins dès le 31 août 2007 ». A cet égard, elle se fonde sur la décision de l'OAI du 18 février 2009 (entrée en force), par laquelle cet office a rejeté la demande de prestations déposée par l'assurée, motif pris que, selon son SMR, une incapacité de travail de plus d'une année, sans interruption notable (depuis le 31 août 2006), n'était pas justifiée médicalement. 9.1 A teneur de l'art. 85 al. 1 de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées du 17 décembre 2004 (LSA), le juge statue sur les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance ou entre celles-ci et les assurés. Le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 85 al. 2 LSA).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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 porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

A/3849/2009 - 23/26 - En particulier, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine

connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). 9.2 En l'espèce, la Chambre de céans ne voit pas de raison s'écarter des conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du Dr A_____ du 15 août 2007 (destiné à la ZURICH), selon lesquelles, d'une part, l'incapacité de travail de l'assurée était alors totale (depuis le 31 août 2006, cf. ci-dessus, § 13), en raison d'un état dépressif de gravité moyenne à sévère, et, d'autre part, l'évolution était défavorable vu l'importance du litige financier et professionnel toujours pendant, et ce malgré la mise en route d'un suivi et d'un traitement psychothérapeutique ad hoc. De surcroît, dans ce même rapport, l'expert a estimé qu'en cas de non reprise du travail, même à temps partiel dans les trois mois après la mise en route des mesures médicales préconisées par lui, il devrait réévaluer la situation d'ici deux à trois mois avant de recommander une éventuelle annonce de l'assurée à l'AI. Or la ZURICH n'a pas jugé utile de saisir ultérieurement le Dr A_____ d'une expertise complémentaire, estimant selon toute vraisemblance, sur la base également des certificats délivrés régulièrement dans l'intervalle par le Dr B_____, que la poursuite de l'arrêt de travail était toujours justifiée. D'ailleurs, si elle avait estimé que l'incapacité de travail subie par l'assurée n'était pas médicalement justifiée, la ZURICH n'aurait sans doute pas invité la demanderesse, à réitérées reprises, notamment lors d'un entretien téléphonique du 3 décembre 2007 (cf. supra, § 37), puis encore par courrier du 3 mars 2008 (cf. ci-dessus, § 17), à s'annoncer à l'AI. A cela s'ajoute que, contrairement à ce que semble avoir retenu le SMR (Dr D_____) dans son avis du 5 décembre 2008, il n'est pas décisif que l'état « dépressif moyen » diagnostiqué par le Dr A_____ n'ait pas été étayé selon les critères de la CIM-10. En effet, on rappellera que la qualification de l'atteinte à la santé importe moins que les répercussions sur la capacité de travail de cette atteinte (cf. ATF 132 V 65 consid. 3.4). A noter en sus que le Dr D_____ (interniste au SMR : n'a pas personnellement examiné l'assurée et n'est pas non plus spécialisé en psychiatrie, contrairement aux Drs B_____ et A_____, ce dernier étant d'ailleurs l'expert mandaté par la ZURICH elle-même. Au demeurant, le SMR a quelque peu minimisé la gravité de l'état dépressif diagnostiqué par le Dr A_____, dans la mesure où ce dernier avait fait état d'un état dépressif de gravité moyenne « à sévère », et non pas seulement de gravité moyenne. De surcroît, l'argument du SMR, selon lequel une incapacité totale de travail de presque 2 ans n'était pas justifiable en l'espèce, n'est pas convainquant, faute de motivation. De même, le Dr D_____ n'indique pas les raisons pour lesquelles il s'écarte du rapport du Dr B_____ du 27 octobre 2008, qu'il ne mentionne d'ailleurs même pas. Or, dans ce dernier rapport (qui revêt pleine valeur probante, au sens de la jurisprudence précitée), le Dr B_____ avait dûment

A/3849/2009 - 24/26 - expliqué que les symptômes dépressifs persistaient malgré le traitement, en raison de la procédure conflictuelle suite au licenciement. A cet égard, la défenderesse joue sur les mots lorsqu'elle soutient que l'origine des problèmes dépressifs de l'assurée est (uniquement) liée à un conflit avec son employeur et que celui-ci avait trouvé son terme depuis longue date (soit à l'issue de la conciliation du 24 janvier 2008). En effet, il convient de rappeler que, par courrier du 22 octobre 2006, la ZURICH s'était d'abord déclarée dans l'impossibilité de verser à l'assurée des indemnités journalières, au motif que le litige avec l'employeur n'était pas réglé. Le

septembre suivant, date à laquelle l'assurance a répondu. Les intérêts moratoires de 5% sont donc dus dès le 11 septembre 2009 (date à laquelle la défenderesse a reçu l'interpellation), et non dès le 1er juin 2008, comme

A/3849/2009 - 22/26 - calculés par la demanderesse en se référant à tort à l'art. 26 al. 2 LPGA (cf. mémoire de demande du 28 octobre 2009, pp. 16 et 17). Certes, la demanderesse a requis le versement des intérêts de retard dès le 1er novembre 2009 seulement (idem, p. 19). Toutefois, le capital réclamé (78'627 fr. 84) est encore supérieur à celui finalement accordé (77'408 fr. 50), si bien que l'on ne saurait considérer qu'il est statué *ultra petita* en l'espèce.

E. 14

mai 2008, cette assurance ne paiera qu'une partie des dites indemnités et ce n'est que le 29 janvier 2009 que l'employeur versera à l'intéressée le solde des indemnités dues au 30 avril 2007. De plus, dans son rapport d'expertise du 15 août 2007, le Dr A_____ avait attesté que l'évolution était défavorable vu l'importance non seulement du litige professionnel, mais également du litige financier (par quoi il faut entendre « asséculogique »), alors toujours pendant. De même, dans son rapport à l'AI du 27 octobre 2008, le Dr B_____ a attesté que les symptômes dépressifs persistaient malgré le traitement, en raison de la procédure conflictuelle suite au licenciement. Au reste, le remboursement du solde des indemnités en cause n'a toujours pas été réglé, puisqu'il fait justement l'objet de la présente procédure. Enfin, il est significatif que l'assurée ait bénéficié de PCM jusqu'au 30 juin 2008 dans le cadre de l'assurance-chômage, et cela, apparemment, suite à l'avis du psychiatre-conseil (Dr E_____) de cette assurance, lequel avait examiné l'expertisée les 16 mars et 18 octobre 2007. En effet, dans un avis du 18 octobre 2007, ce praticien avait estimé que l'assurée subissait une incapacité totale de travail depuis le 31 juillet 2006 et qu'elle n'était alors pas « encore assez bien pour travailler ». D'un autre côté, la défenderesse n'a pas non plus allégué, ni a fortiori démontré, que l'état de santé de l'assurée pouvait lui permettre de travailler « dans une autre profession » au sens où l'entend l'art. 102 CGA in fine. En tout état, au vu de la pathologie psychiatrique de l'intéressée, on peut présumer que tel n'était très vraisemblablement pas le cas en l'espèce, étant par ailleurs observé que dans son rapport d'expertise du 5 juillet 2007, le Dr A_____ avait implicitement conclu à l'inopportunité d'entreprendre des mesures de réadaptation professionnelle (rapport, p. 13, § 4.2 in fine et p. 15, § 6). A cela s'ajoute que la demanderesse était déjà âgée de plus de 63 ans au moment de l'expertise, alors que l'âge légal de la retraite pour les femmes est de 64 ans (art. 21 al. 1 let. b LAVS). Par surabondance, on relèvera que la décision de l'OAI du 18 février 2009, dont fait grand cas la défenderesse, n'a pas été confirmée par une autorité de recours, si bien qu'il convient, en tout état, d'en relativiser la portée. 9.3 Dès lors, il convient de rejeter la demande reconventionnelle. 10. Les parties ne supportent pas de frais de procédure (art. 85 al. 3 LSA).

A/3849/2009 - 25/26 - 11. Obtenant gain de cause, la demanderesse, représentée par une avocate, a droit à l'allocation de dépens, fixés en l'espèce à 2'500 fr. (art. 89H al. 3 LPA).
PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :