

GE_GERICHTE ATAS/873/2019 vom 26. September 2019

GE Cour de justice, 2019-09-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_873_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/873/2019 du 26 septembre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/873/2019 del 26 settembre 2019

Erwägungen

E. 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 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. 2

Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA), en ce qui concerne les conclusions de la recourante tendant au paiement des indemnités journalières à compter d'août 2018. Toutefois, en ce qu'elle réclame une indemnité pour tort moral, sa conclusion est irrecevable. En effet, une telle demande doit être adressée à l'assureur immédiatement, en vertu de l'art. 78 al. 1 et 2 LPGA. Il n'y a pas de procédure d'opposition (al. 4). Par ailleurs, seules peuvent faire l'objet d'un recours par devant la chambre de céans, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte (art. 56 al. 1). Or, en l'occurrence, aucune décision n'a été rendue. Il appartiendra dès lors à la recourante de réclamer cas échéant directement à l'intimée une indemnité pour tort moral.

A/3485/2018 - 13/22 -

E. 3

Seule est ainsi litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la recourante peut bénéficier des indemnités journalières de l'assureur perte de gain de l'employeur au-delà du 31 juillet 2017.

E. 4

La recourante se plaint en premier lieu d'une violation du droit d'être entendu. a. La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 504 consid. 2.2), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa ; ATF 124 V 181 consid. 1a ; ATF 124 V 375 consid. 3b et les références). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle

ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 132 consid. 2b et les références). b. En l'occurrence, même si une violation du droit d'être entendu devait être admise, il convient constater que celle-ci a été réparée dans la présente procédure, la recourante ayant pu consulter le dossier et s'exprimer à plusieurs reprises. Par ailleurs, la chambre de céans jouit d'un plein pouvoir d'examen.

E. 5

Aux termes de l'art. 67 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de 15 ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens de l'art. 68 LAMal (al. 1). Une telle assurance peut être conclue sous forme d'une assurance collective, notamment par des employeurs pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes (al. 3 let. a). Selon l'art. 71 LAMal, l'assuré a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur, lorsqu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés définis par le contrat (al. 1), soit en l'occurrence les employés du preneur d'assurance. L'assureur doit renseigner par écrit l'assuré sur son droit de passer dans l'assurance individuelle. S'il omet de le faire, l'assuré continue à faire partie de l'assurance collective. L'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication (al. 3). Selon 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

A/3485/2018 - 14/22 - moins de moitié au sens de l'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 sont versées, pour une ou plusieurs maladies durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours (al. 3).

E. 6

La jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie (LAMA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 1995) est également applicable sous le nouveau régime de la LAMal (ATF 128 V 152, consid. 2a; RAMA 1998 n° KV 45 p. 430). Selon cette jurisprudence, les assureurs peuvent prévoir dans leurs statuts qu'il y a un droit à l'indemnité journalière également lors d'un taux d'incapacité de travail inférieur (ATF 114 V 281 consid. 1a p. 282).

E. 7

Le droit à l'indemnité journalière selon la LAMal suppose une incapacité de travail, définie conformément à l'art. 6 LPGa, réduite de moitié au moins (art. 72 al. 2 première phrase LAMal). Selon cette disposition, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son 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.

E. 8

a. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable.

A/3485/2018 - 15/22 - Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). b. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, 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). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais 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). 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). c. Quant à la transposition de cette jurisprudence, développée dans le cadre de l'assurance-invalidité, à l'assurance d'indemnités journalières LAMal, il sied de relever que la reprise dans l'art. 6 LPGa des principes posés par le Tribunal fédéral a pour but de donner une définition légale de l'incapacité de travail valable pour l'ensemble du droit des assurances sociales. Ainsi,

cette notion doit être comprise et appliquée de manière uniforme dans toutes les branches des assurances sociales (Anne-Sylvie DUPONT/Margit MOSER/SZELESS, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, ad art. 6 n. 5 et 7). L'incapacité de travail constitue en outre une notion objective et l'appréciation subjective de l'assuré sur son état de santé et son incapacité de travail n'est pas prise en compte (op. cit. n. 20 ; Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Sécurité sociale – Gebhard EUGSTER, 2016, n. 1458 p. 840)

E. 9

a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre

A/3485/2018 - 16/22 - l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 157, consid. 1b et les références). S'agissant de la capacité de travail, les tâches du médecin consistent à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités il est incapable de travailler, d'autre part à déterminer les travaux qui peuvent encore raisonnablement être exigés de lui (ATF 125 V 256, consid. 4). b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les 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. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). c. D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. À cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 (ATF 125 V 351, consid. 3 et les références).

A/3485/2018 - 17/22 - d. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 10

a. En l'espèce, le dernier employeur de la recourante a conclu pour ses employés un contrat collectif d'indemnités journalières selon la LAMal en cas d'incapacité de travail due à une maladie ou à la maternité. Aux termes de ce contrat, la durée des prestations en cas de maladie est de 730 jours dans une période de 900 jours avec imputation d'un délai d'attente de 60 jours. Conformément à l'art. 13 ch. 1 des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal (ci-après: CGA) de l'intimée, une indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail de 25 % au moins. b. Dès le 1er août 2017, au moment de la fin des rapports de travail, la recourante ne faisait en principe plus partie du cercle des assurés du contrat collectif et aurait dû demander son transfert dans l'assurance individuelle. Toutefois, dès lors que l'intimée a omis d'en informer la recourante, elle continue à bénéficier du contrat collectif en vertu de l'art. 71 LAMal, ce qui au demeurant n'est pas contesté par l'intimée.

E. 11

En ce qui concerne la capacité de travail dès août 2017, la recourante a fait l'objet d'une expertise par la Dresse D_____ de la Clinique Corela le 10 juin 2017. Ce médecin considère déjà à cette date que la capacité de travail de la recourante est totale. Toutefois, il y a un doute quant à la valeur probante de cette expertise. En effet, le Tribunal fédéral a jugé qu'il n'était pas admissible de reprendre des conclusions d'une expertise de la Clinique Corela qui avait été établie dans des circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée, dès lors que les manquements constatés au sein de ladite clinique soulevaient de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises avaient été effectuées par cette institution et portaient atteinte à la confiance que les assurés et les organes de l'assurance-invalidité étaient en droit d'accorder à l'institution chargée de l'expertise. (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2 p. 262 s.; arrêt du Tribunal fédéral 2C_32/2017 du 22 décembre 2017, consid. 2.3.2). De tels faits étaient de nature à modifier l'état de fait à la base d'un arrêt fondé sur une expertise de la Clinique Corela (op. cit. consid. 2.3.3).

A/3485/2018 - 18/22 - Certes, les faits sur lesquels notre Haute Cour avait à se prononcer s'étaient produits en 2010. Il ne peut cependant être totalement exclu que le responsable de cette clinique n'ait pas continué par la suite de modifier les conclusions des experts,

indépendamment du fait que l'impartialité des experts de cette clinique est douteuse. C'est la raison pour laquelle la chambre de céans considère qu'une pleine valeur probante ne peut être attribuée à cette expertise.

E. 12

Le Dr G _____ a expertisé la recourante en août et décembre 2018, dans le cadre de sa demande de prestations de l'assurance-invalidité. Selon celui-ci, elle ne présente aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et celle-ci est totale depuis décembre 2016. Quant aux diagnostics de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, puis léger depuis mars 2018, et de traits de la personnalité anxieuse et dépendante, ils n'entraînent aucune limitation fonctionnelle.

E. 13

a. Cette expertise remplit en principe les réquisits de la jurisprudence du Tribunal fédéral pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle a été réalisée en pleine connaissance du dossier médical, prend en compte les plaintes de la recourante, comprend un examen clinique approfondi, sur la base de trois entretiens, et contient des conclusions motivées. b. Les conclusions du Dr G _____ n'emportent cependant pas la conviction de la chambre de céans, en ce qui concerne l'évolution de la capacité de travail dans le temps. En effet, en août 2017, la recourante ne s'était inscrite au chômage qu'à 50 % et cela correspond également à la capacité de travail attestée par le Dr E _____ le 20 juillet 2017. Par la suite, les Drs C _____ et E _____ ont attesté une aggravation de l'état de santé, selon ce dernier médecin dès le 18 septembre 2017. Toutefois, dans la mesure où la Dresse F _____ a attesté le 26 mars 2018 qu'un changement de l'antidépresseur en octobre 2017 avait amélioré certains aspects dépressifs, il peut être admis que la recourante a retrouvé en novembre 2017 une capacité de travail de 50 %. Enfin, conformément à ce que le Dr G _____ a retenu dans son expertise, il y a une évolution favorable depuis mars 2018. Ainsi, une pleine capacité de travail doit être retenue dès la date du rapport de la Dresse F _____ du 26 mars 2018.

Il ne ressort pas de l'expertise du Dr G _____ les raisons pour lesquelles il estime que les indicateurs jurisprudentiels ne sont pas remplis dès décembre 2016 pour justifier le caractère invalidant du trouble dépressif et il ne fait aucune distinction entre les différentes périodes selon l'intensité du trouble dépressif constatée par les médecins traitants. Il y lieu à cet égard de relever que ce n'est pas seulement un trouble dépressif d'intensité sévère qui peut justifier une incapacité de travail. D'autres indicateurs peuvent tout à fait étayer une incapacité de travail résultant d'un trouble dépressif d'intensité moyenne.

A/3485/2018 - 19/22 - Ainsi, aucun des médecins consultés ne met en évidence une exagération des symptômes ou une constellation semblable, Le 8 août 2017, la Dresse C _____ considère toujours que la recourante est en incapacité de travail totale. En effet, elle estime qu'il est important de respecter son rythme et ne pas l'obliger à s'inscrire au chômage, en raison du risque de rechute. Selon ce médecin, la recourante reste fragile et son incapacité de travail est légitime. Au demeurant, le risque de rechute s'est réalisé par la suite. Cependant, du fait que la recourante a pu s'inscrire au chômage à 50 %, la chambre de céans considère qu'il y a eu une amélioration de l'état de santé, de sorte qu'une capacité de travail à ce pourcentage doit être retenue en août 2017, conformément à l'attestation du Dr E _____. Le 26 septembre 2017, la Dresse C _____ atteste qu'après l'expertise par la Dresse D _____, la recourante présente un véritable effondrement dépressif avec un

laisser-aller très important, une fatigue et une thymie dépressive avec trouble du sommeil et trouble de l'appétit. Elle n'est plus capable de gérer les tâches administratives, montre une perte de l'élan vital et une forte anhédonie et aboulie. Ce médecin évoque même la nécessité éventuelle de l'hospitaliser. L'aggravation est également attestée par le Dr E_____ dès le 18 septembre 2017. Toutefois, à la même date, la recourante a encore eu un entretien d'évaluation relatif à l'intervention précoce à l'OAI. Son état semble donc s'être aggravé après cet entretien, raison pour laquelle, au vu des symptômes relevés par la Dresse C_____, il y a lieu de retenir dès le 19 septembre 2017 une incapacité de travail totale jusqu'au 31 octobre 2017, date de l'amélioration constatée par la Dresse F_____ suite au changement de traitement au cours de ce mois, comme relevée ci-dessus, permettant de retenir une capacité à 50%. La gravité de l'évolution de la maladie est rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, à savoir la séparation de la recourante de son mari et la perte de son travail. Quant à la compliance, selon ses médecins et l'expert, elle est bonne. Il est vrai que la Dresse D_____ constate en juin 2017 que le taux sanguin du Deroxat est revenu très en-dessous de la valeur normale, malgré une posologie correcte, ce qui traduit a priori une prise irrégulière de l'antidépresseur ou une prise inférieure à la posologie prescrite. Cependant, un taux sanguin du médicament inférieur à la valeur normale peut avoir aussi d'autres causes, comme un problème de métabolisation. Au demeurant, la recourante a poursuivi avec assiduité sa psychothérapie. Un échec des traitements administrés selon les règles de l'art doit dès lors être admis. En outre, la recourante a fait des efforts pour se réinsérer dans le marché du travail, du moins en août 2017. Elle s'est en effet inscrite au chômage, même contre l'avis de la Dresse C_____, et a manifesté ainsi la volonté de retravailler. Il s'est cependant avéré que les recherches d'emploi constituaient un facteur de stress trop important.

A/3485/2018 - 20/22 - Cette incapacité de travail est aussi rendue plausible par le fait que la recourante souffre d'une comorbidité sous forme d'une épilepsie dont les crises se sont accrues depuis l'apparition du trouble dépressif. À cela s'ajoutent des traits de la personnalité anxieuse et dépendante. Certes, cette comorbidité et les traits d'un trouble de la personnalité n'ont pas empêché la recourante de travailler dans le passé. Néanmoins, ils diminuent les ressources de la recourante pour surmonter un trouble dépressif. Les limitations sont uniformes dans tous les domaines de la vie. En effet, la recourante n'était plus capable de gérer les tâches administratives, selon la Dresse C_____. La recherche d'un emploi constituait un vrai facteur de stress. Elle était en mesure de gérer son quotidien, mais donnait l'impression d'avoir réduit au minimum ses activités quotidiennes. Elle ne prenait pas d'initiative pour rencontrer sa famille et montrait une énorme inertie. Son amie et ses enfants étaient épuisés par le fait qu'ils devaient toujours la stimuler. Dans ces conditions, il ne peut être considéré, de l'avis de la chambre de céans, qu'elle avait encore des ressources pour surmonter le trouble dépressif, du fait qu'elle allait chez une amie et à la piscine. Ces activités ne provenaient pas de sa propre initiative, mais n'étaient rendues possibles que grâce à une prise en charge par cette amie et les enfants. L'environnement de la recourante est certes soutenant, mais il ne saurait être considéré qu'il est intact, dès lors que la recourante est en instance de divorce, ce qui est précisément une des causes de son atteinte psychique. La capacité de travail doit toutefois être considérée comme totale dès le 26 mars 2018, date du rapport de la Dresse F_____, conformément à l'expertise du Dr G_____. En effet, la psychiatre traitante ne met pas en évidence de limitations fonctionnelles majeures dans son rapport du 2 mai 2018, en l'absence de troubles flagrants de la mémoire, de l'attention et de la capacité de concentration. Elle note également que la

mimique et la gestualité de la recourante sont vivantes et le sommeil et l'appétit normaux, ce qui n'est pas compatible avec un trouble dépressif important. Il n'y a pas non plus de limitations uniformes des activités dans tous les domaines de la vie en mars 2018, dès lors que la recourante arrive à gérer son quotidien sans difficulté et a des contacts sociaux. Dans son rapport du 2 mai 2018, la Dresse F_____ indique que la recourante garde presque toute la journée ses petits-enfants chez sa fille. Dans l'après-midi, soit elle sort faire une promenade ou pour prendre un café avec ses copines, soit elle reste chez elle tranquille ou pour faire le ménage. Elle arrive bien à garder son appartement en ordre et n'a pas de limitations dans les domaines courants de la vie ou pour faire des tâches ménagères.

E. 14

Quant à l'aggravation de l'état de santé alléguée par la recourante en cours de procédure, elle est postérieure à la décision litigieuse et ne fait donc pas partie de l'objet du litige.

A/3485/2018 - 21/22 -

E. 15

Les éléments du dossier permettent de constater qu'au degré de la vraisemblance prépondérante la recourante présentait une incapacité de travail de 50 % en août 2017 jusqu'au 18 septembre 2017, puis une incapacité de travail totale du

E. 19

septembre au 31 octobre 2017. Dès le 1er novembre 2017, la capacité de travail est de 50% et, dès le 26 mars 2018, elle est totale. Partant, la recourante a droit, dès août 2017, aux indemnités journalières à 50 %, soit de CHF 62.05, pendant 49 jours, ce qui donne un total de CHF 3'040.45. Durant la seconde période, elle peut prétendre aux indemnités journalières à 100 %, de CHF 124.10, durant 43 jours, soit d'un total de CHF 5'336.30. Puis, elle a droit aux indemnités journalières à 50 % durant 145 jours et ainsi à la somme de CHF 8'997.25. Le total des indemnités journalières dues s'élève par conséquent à CHF 17'374.-.

16. a. Quant aux intérêts moratoires, l'art. 26 al. 2 LPGA prescrit qu'ils sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de

E. 24

mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Selon l'art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), le taux de l'intérêt est de 5 % par an (al. 1). L'intérêt moratoire est calculé par mois pour les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (al. 2). b. En l'occurrence la créance est née au plus tôt fin août 2017.

Partant, l'intérêt moratoire est né le 1er septembre 2019. À cette date, la recourante a droit à CHF 1'923.55. Ainsi, un intérêt moratoire de 5 % est dû sur cette somme dès cette date. La recourante a également droit à un intérêt moratoire sur les indemnités journalières dues dès la fin du mois suivant sur le montant dû. 17. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et l'intimée condamnée à verser à la recourante CHF 17'374.-, avec intérêts moratoires de 5 % par an sur la somme de CHF 1'923.55 dès le 1er septembre 2019, puis sur les indemnités journalières dues dès la fin du mois suivant. 18. La recourante obtenant partiellement gain de cause, l'intimée sera condamnée à lui verser

CHF 2'000.- à titre de dépens. 19. La procédure est gratuite.

A/3485/2018 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte
Originaltext. Quellen-URL siehe oben.