

VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 531 vom 3. August 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-08-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__531

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 531 du 3 août 2021

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 531 del 3 agosto 2021

Regeste

AM, PERTE DE GAIN, ASSURANCE D'UNE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, REJET DE LA DEMANDE | 67 al. 1 LAMal, 72 al. 2 LAMal, 6 LPGA

Erwägungen

E. 3

août 2021 _____ Composition : Mme Pasche , présidente Mme Röthenbacher et M. Piguet, juges Greffière : Mme _____ Jeanneret ***** Cause pendante entre : Q. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne, et N. _____ SA , à [...], intimée. _____ Art.

E. 6

LPGA ; 67 al. 1, 72 al. 2 LAMal. E n f a i t : A. Q. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1957, travaillait en tant que gouvernante depuis le 13 mars 1991 auprès de L. _____ SA, devenue F. _____ SA par fusion. A ce titre, elle a été assurée pour la perte de gain en cas de maladie en vertu d'un contrat d'assurance collective conclu par son employeur avec N. _____ SA (ci-après : [...] l'intimée), lequel prévoyait en cas de maladie une durée de prestations de 730 jours dans une période de 900 jours, avec versement de 90 % du salaire à l'issue d'un délai d'attente de 14 jours. L'assurée a été en arrêt de travail du 12 au 13 septembre 2017 et du 22 au 23 novembre 2017 sans toucher d'indemnité journalière (cf. extrait des paiements d'indemnités journalières établi le 17 décembre 2018 par N. _____ SA). Le 3 janvier 2018, l'employeur a informé N. _____ SA que l'assurée était en arrêt de travail depuis le 21 décembre 2017. Le 26 février 2018, l'assurée a annoncé une interruption de travail de 100 % du 22 décembre 2017 au 4 mars 2018, puis de 50 % dès le 5 mars 2018, en précisant qu'elle avait du mal à marcher, que c'était très douloureux et qu'elle utilisait une attelle et des béquilles. Le 21 mars 2018, l'intéressée a subi une intervention chirurgicale consistant en l'implantation d'une prothèse totale du genou. Puis, à la requête de N. _____ SA, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 17 avril 2018. L'assurée a repris son travail au taux de 50 % le 1 er mai 2018. A compter du 16 juillet 2018, son interruption de travail est passé au taux de 25 %, ce jusqu'au 23 novembre 2018. Elle a ensuite à nouveau interrompu son travail à 100 % dès le 24 novembre 2018. Ainsi, N. _____ SA a servi des prestations correspondant à une interruption de travail de 100 % du 21 décembre 2017 au 30 avril 2018, de 50 % du 1 er mai au 15 juillet 2018, de 25 % du 16 juillet au 23 novembre 2018, puis à nouveau de 100 % à compter du 24 novembre 2018 (cf. extrait des paiements d'indemnités journalières précité). Le 15 octobre 2018, le médecin-conseil de N. _____ SA a estimé qu'une reprise d'activité était envisageable à fin 2018. Un inspecteur de sinistre de N. _____ SA s'est rendu au domicile de l'assurée le 13 décembre 2018. Selon le rapport de visite, l'intéressée a expliqué qu'elle était en arrêt

maladie à 100 % depuis le 24 novembre 2018 pour des raisons psychiques. Elle a fait état de changements dans son poste et de discussions avec son directeur. Par courrier du 21 janvier 2019, N. _____ SA a demandé une copie du dossier de l'assurée à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) pour consultation, en indiquant que l'intéressée bénéficiait de prestations pour perte de gain depuis le 21 décembre 2017. Le 4 février 2019, le médecin-conseil de N. _____ SA a estimé qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. Par courrier du 18 février 2019, N. _____ SA a informé l'assurée du fait que l'expertise serait effectuée le 14 mars 2019 par le Dr W. _____, spécialiste en neurologie ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie, en lui impartissant un délai de 10 jours pour communiquer ses éventuelles remarques sur le choix de l'expert et sur les questions posées. Une copie du courrier précité a été adressée à la Dre L. _____, médecin généraliste traitante de l'assurée. Le Dr W. _____ a examiné l'assurée le 14 mars 2019. Dans son rapport daté du 19 mars 2019, il a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (F 43.23), en indiquant que les symptômes s'étaient installés à la suite de conflits de plus en plus sévères sur le lieu de travail et d'une dégradation du poste ; ils étaient à l'origine de l'interruption de travail totale attestée depuis le 24 novembre 2018. L'expert a estimé qu'une reprise du travail était exigible dès à présent dans l'activité habituelle, d'un point de vue purement psychiatrique, débutant à 80 % au minimum, avec une augmentation à 100 % à partir du 1^{er} mai 2019 au plus tard. Le Dr W. _____ a relevé que l'assurée avait souligné qu'elle n'avait jamais eu de problèmes avec les exigences de son métier, se considérant au contraire comme une collaboratrice consciencieuse, motivée et investie. De ce fait, aucun reclassement professionnel ni changement de métier ne semblait indiqué ou nécessaire. Les problèmes de l'assurée étaient exclusivement relationnels. Le 10 avril 2019, le médecin-conseil de N. _____ SA a estimé que l'expertise lui apparaissait pertinente et convaincante. Par décision du 12 avril 2019, N. _____ SA a fait savoir à l'assurée qu'elle mettrait un terme à ses versements dès le 1^{er} mai 2019, car elle présentait une capacité de travail de 80 % dès le jour de l'expertise et de 100 % dès le 1^{er} mai 2019 au plus tard dans son métier actuel, qui correspondait à ses compétences. Le même jour, N. _____ SA a informé l'employeur qu'à la suite de l'arrêt de travail annoncé dès le 21 décembre 2017 et de l'instruction du dossier, les conditions pour l'octroi de prestations n'étaient plus remplies et qu'elle mettait un terme à ses versements dès le 1^{er} mai 2019. Le 22 mai 2019, alors représentée par Orion assurance de protection juridique SA, l'assurée s'est opposée à la décision de N. _____ SA et a annoncé la production de pièces complémentaires. Le 12 juillet 2019, désormais représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, l'assurée a complété son opposition. Elle a exposé que son interruption de travail demeurait totale sur le plan psychiatrique, déplorant que le Dr W. _____ se soit montré « exagérément optimiste ». Elle a ainsi demandé que le versement des indemnités journalières se poursuive au-delà du 1^{er} mai 2019. Elle a joint un rapport du 26 juin 2019 de la Dre Z. _____, cheffe de clinique adjointe auprès de la consultation ambulatoire de psychiatrie adulte à la N. _____, attestant la présence d'une symptomatologie dépressive, et sollicité un nouveau délai pour compléter son opposition. Le 8 août 2019, l'assurée a produit un rapport de la Dre Z. _____ du 25 juillet 2019, selon lequel elle demeurait en interruption de travail à 100 %. Le 16 août 2019, l'employeur a résilié le contrat de travail le liant à l'assurée avec effet au 31 décembre 2019, en relevant en particulier ce qui suit : « Assurance-maladie (frais de guérison et indemnité perte de gain) Vous avez le droit de rester affilié à notre contrat collectif, mais à titre d'assuré

individuel. Cette possibilité doit être utilisée si, à la fin du contrat de travail, vous êtes encore incapable de travailler pour cause de maladie. Vous devez vous adresser à l'assurance (N. _____ SA – tél. [...]) immédiatement à la fin du contrat de travail » Le 29 août 2019, sous la plume de son conseil, l'assurée a fait suivre à N. _____ SA la lettre de son employeur mettant fin aux rapports de travail au 31 décembre 2019. Dans la mesure où, achevant sa 63 e année, ses perspectives de retrouver un emploi étaient « pour ainsi dire nulles », elle a demandé qu'il soit fait application de la jurisprudence sur les assurés proches de l'âge de la retraite, selon laquelle on ne pouvait sérieusement exiger de l'assuré de trouver un autre emploi (TF 9C_437/2008). Elle a ensuite transmis chaque mois les certificats prolongeant l'interruption de travail totale. Le 9 septembre 2019, le Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de N. _____ SA, a estimé que la décision pouvait être maintenue. Le 29 janvier 2020, le Dr T. _____, spécialiste en médecine du travail et médecin-conseil de N. _____ SA, a lui aussi estimé que la décision de fin de prestations pouvait être maintenue. Par décision sur opposition du 18 mars 2020, N. _____ SA a rejeté l'opposition de l'assurée et a confirmé sa décision du 12 avril 2019. B. Par acte du 3 avril 2020, toujours représentée par Me Hofstetter, Q. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à des indemnités journalières de l'intimée « également ultérieurement au 30 avril 2019, et ce jusqu'au

E. 7

décembre 2020 au plus tôt », subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée. En substance, elle a fait valoir que l'expertise du Dr W. _____ n'était pas convaincante, notamment car elle présentait alors une incapacité de travail totale, l'expert n'ayant fait que l'hypothèse d'une capacité de travail recouvrée le 1 er mai 2019. A l'appui de son recours, elle a en particulier déposé un rapport adressé le 18 avril 2019 par la Dre Z. _____ à l'OAI. Cette dernière posait les diagnostics, avec incidence sur la capacité de travail, de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22), et, sans incidence sur la capacité de travail, de difficultés liées à l'emploi (Z 56). Elle exposait, s'agissant de la situation médicale et de son évolution, que la reprise de travail n'était pas envisageable, « non seulement d'un point de vue clinique, mais également en raison du contexte professionnel délétère, qui a été le facteur précipitant de sa dépression actuelle », précisant que le retour à son poste de travail pouvait nuire à sa santé psychique. Puis, à propos du potentiel de réadaptation, la Dre Z. _____ a écrit ce qui suit : « Vu que son état dépressif est en lien avec son travail actuel, elle ne pourra pas retourner au même endroit. Cependant, par rapport aux limitations comme femme de ménage, sur le plan psychique, nous n'avons pas de limitations. Se référer aux limitations sur le plan physique ». Dans l'annexe psychiatrique au rapport AI, la psychiatre a mentionné quelques limitations liées à l'état dépressif, en indiquant qu'un risque de décompensation était possible « en réaction à la confrontation avec le poste actuel » et a mentionné qu'il n'y avait pas de possibilité de reprise de travail à plein temps dans le poste actuel, mais qu'une reprise progressive dans un autre poste devait être évaluée. Le 16 avril 2020, la recourante a communiqué à la Cour des assurances sociales un rapport du

E. 9

avril 2020 de sa nouvelle psychiatre traitante, la Dre J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui y a relevé que sa patiente présentait une humeur dépressive avec un

sentiment subjectif de tristesse, d'incapacité d'éprouver du plaisir (anhédonie), de perte d'intérêt, d'absence de motivation, de perte d'initiative, d'angoisses massives et difficilement contrôlables, ainsi que des signes neurovégétatifs tels que la perte d'énergie, la fatigabilité, le réveil matinal précoce et un sentiment de culpabilité avec un sentiment d'injustice. En parallèle, elle présentait également des symptômes somatoformes multiples tels que des céphalées, des douleurs musculaires et certains types de douleurs localisées dans différentes parties du corps, de manière permanente. La Dre J. _____ posait ainsi le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11), entraînant un arrêt de travail de 100 % dans toute activité professionnelle. Dans sa réponse du 17 juillet 2020, l'intimée a conclu principalement à l'irrecevabilité du recours, subsidiairement à son rejet, sous suite de frais et dépens. En réplique, le 17 septembre 2020, la recourante a confirmé ses conclusions. L'intimée en a fait de même par duplique du 12 novembre 2020. Les parties ont encore déposé des observations complémentaires les 8 décembre 2020 pour la recourante et 11 février 2021 pour l'intimée. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte en outre les conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Pour le surplus, la recourante a sollicité le versement des indemnités journalières jusqu'au 7 décembre 2020 au plus tôt, et non jusqu'au 7 décembre 2019 comme semble l'avoir lu l'autorité intimée, lorsqu'elle a remis en cause la recevabilité du recours au motif que la recourante ne subirait pas de préjudice économique dès lors qu'elle avait perçu son salaire jusqu'au 31 décembre 2019. La recourante dispose dès lors bien d'un intérêt digne d'être protégé à ce que la décision en cause soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA). Cela étant, les conclusions de la recourante tendant au versement de l'indemnité journalière entre le 1^{er} mai et le 31 décembre 2019 sont effectivement irrecevables, puisque qu'elle a reçu son salaire en plein jusqu'à cette date, le droit à l'indemnité journalière étant subordonné à ce que l'ayant droit subisse une perte de salaire ou de gain effective (cf. consid. 3a ci-dessous et les réf. citées ; cf. également TF 9C_131/2020 du 5 février 2020 consid. 3). 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie selon la LAMal au-delà du 30 avril 2019. 3. a) Aux termes de l'art. 67 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance indemnités journalières avec un assureur. L'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal est une assurance de perte de gain (TF 9C_332/2007 du 29 mai 2008 consid. 1.1 ; TFA K 65/99 du 17 février 2000 consid. 3d, RAMA 2000 n° KV 116 p. 145 ; K 33/98 du 17 juillet 1998 consid. 2, RAMA 1998 n° KV 43 p. 420). Le droit à une indemnité journalière 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 (TFA K 56/05 du 31 août 2006 consid. 3.3 ; K 74/02 du 16 avril 2004 consid. 2.1, RAMA 2004 n° KV 284 p. 236 ; K 129/00 du 20 juin 2001 consid. 2b, non publié aux ATF 127 V 154). b) D'après l'art. 72 al. 2 LAMal, le droit aux indemnités

journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA). Selon 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 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. Selon la jurisprudence, le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage ; ATF 129 V 460 consid. 4.2 ; 114 V 281 consid. 1d). Ce principe a été codifié à l'art. 6, deuxième phrase, LPGA, qui prévoit qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité raisonnablement exigible peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En ce sens, l'assurance d'indemnités journalières n'assure l'incapacité de travail que dans les limites posées par l'obligation de diminuer le dommage (Gebhard Eugster, *Krankenversicherung*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 3 e éd., Bâle 2016, n. 1461, p. 841-842).

c) Le contrat d'assurance indemnité journalière conclu entre F. _____ SA et N. _____ SA (n° 0079 – UN) prévoit, en cas de maladie, des prestations durant 730 jours dans une période de 900 jours, avec versement de 90% du salaire, et un délai d'attente de 14 jours. L'art. 6 des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal (BEGM03-F2, Edition 01.01.2018) dispose notamment que toutes les incapacités ayant donné droit aux prestations collectives sont à la charge du contrat collectif (al. 1) et que l'indemnité journalière est versée pour une ou plusieurs incapacités durant 730 jours dans une période de 900 jours (al. 3), les délais d'attente à charge de l'employeur étant imputés sur la durée du droit aux prestations (al. 5). Quant à l'art. 10 al. 2 des conditions générales précitées, il dispose que la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré : a. 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 ; b. _____ à l'épuisement des prestations prévues à l'art. 6, al. 3 ; c. _____ à la fin du mois durant lequel l'assuré atteint l'âge ordinaire de la retraite ou prend sa retraite anticipée ; d. _____ à la fin de la couverture d'assurance LAA pour le travailleur détaché.

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

b) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de

l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées). 5. a) L'intimée fonde sa décision sur l'appréciation de l'état de santé de l'assurée qu'a faite le Dr W. _____ dans son rapport du 19 mars 2019. Celui-ci estime que la recourante est capable de travailler dans son activité habituelle de gouvernante à 80 % dès le jour de l'expertise, et à 100 % dès le 1^{er} mai 2019. Pour sa part, la recourante conteste la valeur probante de cette expertise et soutient qu'elle est toujours incapable de travailler, en s'appuyant notamment sur le rapport du 9 avril 2020 de sa nouvelle psychiatre traitante, la Dre J. _____, ainsi que sur les rapports de la Dre Z. _____. b) En l'espèce, la recourante soulève en premier lieu le fait que le Dr W. _____ n'aurait pas consacré suffisamment de temps à son examen. Cette critique n'est toutefois pas étayée, dans la mesure où l'intéressée ne pointe pas d'éléments anamnestiques, respectivement d'examen clinique, qui auraient été oubliés ou négligés par ce médecin. Force est toutefois de constater que, pour établir le rapport litigieux, l'expert s'est fondé non seulement sur un entretien personnel avec la recourante, mais également sur les pièces médicales fournies tant par l'intimé que par la recourante elle-même. Le rapport comprend une anamnèse détaillée et une description des plaintes exprimées par la recourante. Les conclusions sont argumentées. Ainsi, faute d'autre élément objectif de nature clinique, la durée supposément courte de l'examen clinique effectué par l'expert ne suffit pas en soi à remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise (à cet égard, cf. notamment TF 9C_604/2018 du 24 janvier 2019 consid. 4.4 ; 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3). La recourante pointe ensuite divers éléments du rapport d'expertise, qu'elle estime contradictoires. Les critiques formulées relèvent cependant de l'interprétation des conclusions de l'expert. Il en va ainsi, par exemple, de ses remarques sur le fait que le pronostic posé par l'expert serait indéterminé parce qu'il dépend d'une situation sur laquelle elle n'a pas prise. En réalité, l'expert a constaté, sur la base des éléments cliniques et anamnestiques collectés, que le status médical était exclusivement lié à l'existence d'un conflit professionnel, plutôt qu'à une problématique psychiatrique intrinsèque à la recourante ou dépendante d'autres problématiques sociales rencontrées par la recourante. Il n'apparaît dès lors pas contradictoire que l'expert lie le pronostic d'ordre médical à la résolution dudit conflit. Cette résolution sortant cependant du contexte purement médical, l'expert ne pouvait que constater qu'il n'y a pas d'élément d'ordre médical, sur le plan de sa spécialisation, s'opposant à une reprise du travail. L'assertion selon laquelle la résolution du conflit du travail ne dépend pas de la recourante est en revanche pure spéculation, dénuée de tout fondement médical. Cela étant, faute de soulever des arguments tendant à démontrer que l'expert aurait omis des informations d'ordre médical ou qu'il aurait mal interprété le dossier à sa disposition, les critiques de l'assurée quant au contenu du rapport d'expertise du Dr W. _____ ne sont pas aptes à en ébranler la valeur probante. Au demeurant, il

convient de relever que, dans son rapport du 18 avril 2019 à l'OAI, la Dre Z. _____ abonde dans le sens de l'appréciation du Dr W. _____, puisqu'elle relève qu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique dans l'activité de femme de ménage et que c'est uniquement parce que l'état dépressif de la patiente est en lien avec son travail actuel qu'elle ne pourra pas retourner travailler au même endroit (ch. 4.1 du rapport précité). C'est dès lors à bon droit que l'intimée a estimé que la recourante présentait une capacité de travail entière à compter du 1^{er} mai 2019. c) Par ailleurs, même à suivre la recourante quant au fait qu'elle n'aurait, vu les difficultés rencontrées avec son employeur, pas pu reprendre son activité habituelle sur le lieu de travail qui était le sien, il n'en demeure pas moins, ainsi qu'on l'a vu, qu'elle a été reconnue apte à exercer son activité habituelle de gouvernante. Elle aurait ainsi pu rechercher un emploi auprès d'un autre employeur. S'agissant ensuite de la jurisprudence prévoyant l'application d'un délai de trois à cinq mois pour lui permettre de mettre à profit sa capacité de travail dans un autre secteur d'activité professionnelle, elle n'est d'aucun secours à la recourante, puisque celle-ci est en mesure d'exercer son activité habituelle. Il ne lui était ainsi pas demandé de chercher une activité dans un autre secteur que le sien. Du reste, on devrait alors se demander si, dans le délai qui a couru de début mai à fin décembre 2019 durant lequel elle a perçu son salaire, elle n'a pas déjà eu le temps nécessaire, au sens de la jurisprudence dont elle se prévaut, pour mettre à profit sa capacité de travail dans une autre activité, étant rappelé par exemple que celle de femme de ménage a été jugée adaptée par la Dre Z. _____ (cf. rapport du 18 avril 2019 à l'OAI, ch. 4.1). Enfin, la jurisprudence sur les assurés proches de l'âge de la retraite citée par la recourante ne trouve pas application ici, malgré le fait qu'elle avait 62 ans lorsque les indemnités journalières ont pris fin, dans la mesure où son activité habituelle demeurait exigible. Il ne peut dès lors être fait grief à l'intimé d'avoir mis un terme à ses prestations avec effet au 30 avril 2019. d) Vu ce qui précède, il n'y a pas lieu de trancher les questions de savoir si l'assurée aurait dû passer dans l'assurance individuelle, si l'employeur aurait dû être partie à la procédure ou encore à compter de quelle date la période de 900 jours de l'art. 6 al. 3 des conditions générales a commencé à courir. Sur ce dernier point, on peut relever qu'il résulte de tous les écrits de l'intimée, dont la décision sur opposition elle-même, que c'est à compter du 21 décembre 2017 qu'a débuté l'incapacité de travail indemnisée. Il est dès lors douteux que le fait que la recourante ait été en incapacité de travail durant deux jours en septembre 2017 et deux jours en novembre 2017, sans toucher d'indemnités journalières, ait fait débiter la période de 900 jours. Celle-ci a, plus vraisemblablement, débuté le 21 décembre 2017. Cette question demeure néanmoins sans incidence et peut demeurer ouverte, dans la mesure où le droit de la recourante à des indemnités journalières prend fin le 30 avril 2019. 6. La recourante a évoqué, dans ses observations complémentaires du 8 décembre 2020, l'opportunité de suspendre la présente procédure jusqu'à droit connu sur sa demande AI en cours de traitement. a) Aux termes de l'art. 25 LPA-VD, l'autorité peut, d'office ou sur requête, suspendre la procédure pour de justes motifs, notamment lorsque la décision à prendre dépend de l'issue d'une autre procédure ou pourrait s'en trouver influencée d'une manière déterminante. La suspension de la procédure comporte toutefois le risque de retarder inutilement la procédure, de sorte qu'elle ne doit intervenir qu'à titre exceptionnel, eu égard à l'exigence de célérité posée par l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) (ATF 130 V 94 consid. 5 ; 119 II 386 consid. 1b et les références citées ; 117 V 131 consid. 3). L'autorité saisie dispose d'une certaine marge d'appréciation, dont il doit faire usage en procédant à une pesée des intérêts des parties. Dans les cas limites, l'exigence

de célérité l'emporte (ATF 119 II 388 consid. 1b). b) La recourante fait valoir que sa demande AI porte sur l'octroi d'une rente d'invalidité entière sur une période recoupant partiellement celle durant laquelle elle prétend à l'octroi d'indemnités journalières en cas de maladie. L'admission de sa demande AI aurait pour conséquence de réduire les indemnités journalières dues et donc, par application de l'art. 72 al. 5 LAMal, de prolonger les délais d'octroi desdites indemnités journalières. La suspension de cause s'inscrirait dès lors dans le contexte de la détermination du délai dans lequel des indemnités journalières peuvent être versées. Or il a été déterminé ci-dessus que cette question peut rester ouverte, dans la mesure où le droit aux indemnités journalières a valablement pris fin le 30 avril 2019 en raison de la récupération par la recourante d'une capacité de travail pleine et entière dans son activité habituelle. En d'autres termes, l'issue de la procédure pendante en matière d'assurance-invalidité ne peut avoir d'incidence sur l'issue du présent litige. Pour le surplus, le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a par conséquent aucun motif d'ordonner une suspension de la présente cause. 7. a) En définitive, mal fondé, le recours doit, dans la mesure de sa recevabilité, être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA, applicable dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020 conformément à l'art. 83 LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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