

VD_GERICHTE ZE25.032997 vom 20. Februar 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-02-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE25.032997

FR: VD_GERICHTE ZE25.032997 du 20 février 2026

IT: VD_GERICHTE ZE25.032997 del 20 febbraio 2026

Volltext

ZE25.*** TRIBUNAL CANTONAL 4059 CO UR DE S ASSURANCES S OCIALES

Arrêt du 20 février 2026

Composition : Mme BERBERAT, présidente M. Piguët, juge, et Mme Glas, assesseure Greffier : M. Genilloud ***** Cause pendante entre : B. _____, à Q*** (France), recourante, représentée par Me Thierry Sticher, avocat à Genève, et PHILOS ASSURANCE MALADIE SA, à Martigny, intimée. _____ Art. 6 LPGa ; art. 67 al. 1 et 72 al. 2 LAMal 402

- 2 - E n f a i t : A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, travaillait depuis le 17 avril 2023 en qualité de gestionnaire RH au sein de la société F. _____ Sàrl. A ce titre, elle était assurée auprès de Philos Assurance Maladie SA (ci-après : Philos ou l'intimée) pour la perte de gain maladie, par le biais d'un contrat collectif conclu par son employeur, soumis à la LAMal. Le 12 juillet 2024, l'employeur a informé Philos que l'assurée était en incapacité totale de travail depuis le 8 juillet 2024 en raison d'un diabète. Dans un rapport du 5 septembre 2024, le Dr J. _____, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de réaction mixte dépressive et anxieuse dans un contexte de souffrance au travail depuis début juin 2024 et de diabète de type II, inaugural, avec un traitement débuté le 9 avril 2024. Il a expliqué qu'à son retour au travail – courant juin 2024 – à la suite d'un arrêt de travail prolongé motivé par un diabète de type II découvert en avril 2024, l'assurée avait été la cible d'attaques répétées de la part de certains collègues et de reproches de la part de la direction, raison pour laquelle elle s'était à nouveau retrouvée en incapacité totale de travail à compter du 8 juillet 2024. Selon le Dr J. _____, une reprise d'activité à 20 % (sur deux demi-journées) à compter du 9 septembre 2024 était envisageable, de même qu'une reprise à 100 % auprès d'un autre employeur ou en home office, moyennant un environnement de travail « normalement attentif à la santé des employés » et la récupération de son état dépressif et anxieux actuel. A la demande de Philos, l'assurée a été examinée le 24 octobre 2024 par le Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 25 octobre 2024, le Dr C. _____ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22). Précisant que l'incapacité de travail de l'assurée était uniquement liée à son poste de travail, il a estimé qu'une

- 3 - reprise progressive – 50 % dès le 1er décembre 2024, puis 100 % à compter du 1er janvier 2025 – dans son activité habituelle, auprès d'un nouvel employeur ou dans une activité de recherche d'emploi, était exigible. Par décision du 28 octobre 2024, Philos a mis un terme aux prestations d'assurance avec effet au 31 décembre 2024. Le 29 novembre 2024, l'assurée, alors représentée par A. _____ SA, a formé opposition à l'encontre de cette décision, concluant à la poursuite des prestations au-delà du 31 décembre 2024, arguant notamment qu'elle était toujours en incapacité de travail. Par pli du 20 février 2025,

l'assurée, sous la plume de son nouveau mandataire, Me Thierry Sticher, a complété son opposition. Elle a fait valoir que c'était à tort que Philos avait mis un terme aux prestations au 31 décembre 2024, indiquant qu'elle était actuellement traitée pour un épisode dépressif moyen (F10.32), déclenché par les conflits au travail et son diabète, et que son incapacité de travail persistait, si bien que le pronostic du Dr C._____ ne s'était pas réalisé. A l'appui de son opposition, elle a produit deux certificats médicaux établis les 21 janvier et 13 février 2025 par le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport du 5 mai 2025 à Philos, le Dr E._____ a décrit une évolution favorable avec un épisode dépressif moyen en cours de rémission grâce au traitement mis en place. L'assurée avait repris une activité à 30 %, ce qui lui était très bénéfique. Il subsistait toutefois une fragilité émotionnelle et des difficultés « à confronter et à gérer les situations d'adversité, les surcharges des responsabilités et le stress ». Dans un avis du 5 juin 2025, le médecin-conseil de Philos, tout en relevant que le Dr E._____ décrivait des améliorations de la symptomatologie (amélioration des troubles cognitifs, meilleur sommeil, une patiente calme, plus structurée et active dans son ménage), a estimé qu'une reprise à 100 % pouvait être exigée pour le mois de juin 2025,

- 4 - précisant que la persistance de la tristesse et des soucis pour l'avenir ne constituaient pas des limitations fonctionnelles et que les difficultés de l'assurée à gérer les situations d'adversité et les surcharges de responsabilité pouvaient être compensées par la recherche d'une activité adaptée, sans responsabilité (travail exécutif). Par décision sur opposition du 11 juin 2025, Philos a rejeté l'opposition de l'assurée, estimant en substance qu'il convenait de conférer une pleine valeur probante aux conclusions du Dr C._____, lesquelles n'étaient pas remises en cause par le psychiatre-traitant. Les limitations fonctionnelles persistantes décrites par le psychiatre traitant étaient insuffisantes pour justifier une prolongation de l'incapacité de travail au-delà du 31 décembre 2024. B. Par acte du 10 juillet 2025, B._____, sous la plume de son mandataire, a déféré la décision sur opposition du 11 juin 2025 de Philos auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant notamment à sa réforme, en ce sens qu'elle a droit au versement de pleines indemnités journalières de l'assurance perte de gain en cas de maladie pour la période postérieure au 1er décembre 2024 jusqu'au jour du jugement à tout le moins, que Philos soit condamnée à lui verser des indemnités en ce sens avec intérêts moratoires à 5 % l'an dès le 1er avril 2025 (date moyenne) et qu'il soit dit que le droit aux prestations perdurera postérieurement à la période précitée jusqu'à la reprise d'une capacité de travail de plus de 75 % ou l'épuisement de son droit aux prestations, conformément au contrat d'assurance. En substance, en tant que son psychiatre traitant avait attesté une incapacité de travail entre janvier et juin 2025, ce qui allait à l'encontre du pronostic du Dr C._____, Philos aurait dû mettre en œuvre une nouvelle expertise. Elle a ajouté que l'incapacité de travail n'était pas uniquement liée à son poste de travail, évoquant la problématique du diabète, et qu'un état dépressif moyen ne se guérissait pas sans délai. Elle a requis, à titre éventuel, la réalisation d'une expertise judiciaire ainsi que l'audition, en qualité de témoins, des Drs E._____ et J._____. Elle a produit un lot de treize pièces sous bordereau, dont un lot de certificats médicaux attestant une incapacité de

- 5 - travail à taux variables couvrant, entre autres, une période comprise entre le 1er décembre 2024 et le 30 juin 2025 inclus. Dans sa réponse du 26 août 2025, Philos a conclu au rejet du recours. En substance, elle a confirmé la valeur probante de l'expertise du Dr C._____ et relevé certaines contradictions entre les différents rapports établis par le Dr

E._____. L'incapacité de travail de l'assurée était uniquement liée à son (ancien) poste de travail, ce qui avait été confirmé par les Dr C._____ et J._____, ainsi que par la rémission de l'état dépressif à la suite de la fin des rapports de travail. Par réplique du 22 septembre 2025, l'assurée a confirmé ses conclusions. Les constatations de son psychiatre traitant qui assurait un suivi régulier devaient prévaloir sur celles du Dr C._____ qui ne l'avait rencontrée qu'une seule fois en octobre 2024. A tout le moins devait-elle bénéficier des prestations jusqu'en mai 2025 compte tenu de l'avis 5 juin 2025 du médecin-conseil de Philos. Elle a produit un lot de certificats médicaux établis par son psychiatre traitant attestant une incapacité de travail courant jusqu'au 30 septembre 2025 inclus. Par duplique du 23 octobre 2025, Philos a derechef conclu au rejet du recours. Dans ses déterminations du 30 octobre 2025, l'assurée, indiquant qu'elle était capable de travailler à 100 % à compter du 1er octobre 2025, a modifié ses conclusions, concluant désormais au versement des indemnités journalières d'assurance perte de gain en cas de maladie calculées sur un taux d'incapacité de travail de 100 % du 1er janvier 2025 au 31 mars 2025, de 80 % du 1er au 30 avril 2025, de 70 % du 1er mai au 30 juin 2025, de 60 % du 1er au 31 juillet 2025 et de 50 % du 1er août au 30 septembre 2025. Elle a produit un certificat médical du 24 septembre 2025 du Dr E._____. E n d r o i t :

- 6 - 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, 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]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie selon les art. 67 ss la LAMal au-delà du 1er décembre 2024, respectivement du 31 décembre 2024, singulièrement sur le point de savoir si l'intimée était légitimée à mettre un terme au versement de ces prestations avec effet à la date précitée. Faute de décomptes de prestations, et au vu du contenu très succinct de la décision du 28 octobre 2024, confirmée sur opposition le 11 juin 2025, on peine à déterminer si la recourante a perçu des indemnités journalières – complètes ou partielles – durant le mois de décembre 2024. Vu la teneur de son courrier du 9 mars 2025, adressé à l'intimée, et de ses conclusions, il semble que l'intéressée a été mise au bénéfice d'indemnités journalières partielles. 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 d'indemnités journalières avec un assureur. L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective (al. 3, première phrase).

- 7 - 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). 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 (cf. TF 9C_131/2020 du 5 février 2021 consid. 3.2 et les références

citées ; Stéphanie Perrenoud in : Frésard-Fellay/Kahil- Wolff/Perrenoud, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, Berne 2015, n° 519 p. 283). En effet, le fait de s'être assuré pour une indemnité journalière d'un montant donné et d'avoir payé les primes correspondantes n'ouvre pas forcément droit au versement de la somme assurée ; l'assuré doit encore prouver l'existence d'une incapacité de travail et d'une perte de salaire ou de gain consécutive à la maladie (TFA K 56/05 du 31 août 2006 consid. 3.3 et les références citées ; TFA K 118/00 du 13 mars 2001 consid. 2b et les références citées). b) Selon 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). Suivant 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 et 114 V 281 consid. 1d ; TF 9C_511/2021 du 25 janvier 2022 consid. 2.2). 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

- 8 - 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, 3e éd., Bâle 2016, n° 1461, p. 841-842). Dans l'hypothèse où un assuré, en vertu de son obligation de diminuer le dommage, doit s'astreindre à changer de profession, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat – pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'à présent est due – pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi (cf. art. 21 al. 4 LPGA). Dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (TF 9C_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.4 et les références citées). 4. Le personnel de la société F._____ Sàrl est au bénéfice d'une protection d'assurance par le biais de l'assurance collective perte de gain maladie conclu auprès de l'intimée. Les conditions générales d'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal applicables en l'espèce (BEGM02-F11, Edition 1er janvier 2011) prévoient en particulier à leur art. 7 que l'indemnité journalière est versée pour une ou plusieurs incapacités de travail durant 730 jours dans une période de 900 jours (al. 1), les délais d'attente à charge de l'employeur étant imputés sur la durée du droit aux prestations (al. 2). L'art. 13 prévoit que l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25 %. Quant à l'art. 11 al. 2 des conditions générales précitées, il dispose que sous réserve du droit au libre passage des lettres a., b. et i., la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré : a. lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des assurés, b. à la résiliation du contrat,

- 9 - c. dès l'interruption de travail volontaire ne donnant pas droit à un salaire, d. au décès de l'assuré, e. à l'épuisement du droit aux prestations, f. à la fin du mois durant lequel l'assuré atteint l'âge de 65 ans ou prend sa retraite anticipée, g. à la fin de l'incapacité de travail du frontalier en qualité de membre individuel, sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations, h. lorsque le délai cadre ou le droit aux prestations du chômage est échu, i.

à partir de la déclaration de faillite de l'entreprise, j. lors de son exclusion. 5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). b) la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés

- 10 - externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité consid. 6.1.2 et les références citées). c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPG, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; 9C_748/2013 du 10 février

- 11 - 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). e) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1), au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). 6. a) En l'espèce, l'intimée, se fondant sur le rapport du 25 octobre 2024 du Dr C. _____ et l'avis de son médecin-conseil, a mis fin au droit de la recourante aux indemnités journalières perte de gain en cas de maladie avec effet au 31 décembre 2024, au motif qu'une reprise progressive – 50 % dès le 1er décembre 2024, puis 100 % à compter du 1er janvier 2025 – dans son activité habituelle, auprès d'un nouvel employeur ou dans une activité de recherche d'emploi, était envisageable. De son

- 12 - côté, la recourante conteste la décision de mettre fin aux prestations au 31 décembre 2024, faisant valoir que ce n'était qu'à partir du 1er octobre 2025 qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail. Elle n'avait en revanche présenté aucune amélioration de sa capacité de travail entre les mois d'octobre 2024 et mars 2025 et une amélioration seulement partielle – sans préjudice sur son droit aux prestations – entre les mois d'avril et septembre 2025. Elle a ajouté que l'incapacité de travail n'était pas liée à son poste de travail et que les conflits rencontrés au travail n'avaient été, selon le Dr E. _____, qu'un facteur déclenchant de la dépression. b) Dans son rapport d'expertise du 25 octobre 2024, le Dr C. _____ retient un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, et décrit une assurée soulagée par son licenciement mais inquiète de ne pas retrouver de travail à cause de son âge. Il a indiqué que l'état de la recourante s'était progressivement amélioré depuis le début de l'incapacité de travail débutée le 8 juillet 2024. Dès le 9 octobre 2024, celle-ci a en outre bénéficié d'un traitement par Trittico, qui a amélioré son sommeil. Elle a repris des activités de loisirs, fait des rencontres sociales et effectué des démarches de recherches d'emploi. Elle se plaignait toutefois de la persistance d'un moral fluctuant et de difficultés de concentration dans les activités de la vie quotidienne. Constatant, au jour de l'expertise, le 24 octobre 2024, la présence de troubles de la lignée dépressive et une instabilité émotionnelle, le Dr C. _____ a retenu une rémission qui n'était que partielle, justifiant selon lui le maintien d'une incapacité totale de travail à 100 % jusqu'au 30 novembre 2024, soit finalement jusqu'à la fin des rapports de travail auprès de F. _____ Sàrl. Il a estimé que l'amélioration constatée devait permettre une reprise progressive dans

son activité habituelle, auprès d'un autre employeur, ou dans une activité de recherche d'emploi à 50 % dès le 1er décembre 2024, puis à 100 % dès le 1er janvier 2025, soit après la rémission de l'épisode anxio-dépressif. Il a enfin relevé que le traitement médicamenteux apparaissait peu conséquent au regard d'un arrêt de travail de plus de trois mois et que l'absence de prise en charge psychothérapeutique était regrettable.

- 13 - c) Force est de constater que l'amélioration progressive de la symptomatologie pronostiquée par le Dr C. _____ ne s'est pas concrétisée, puisque l'intéressée n'a nullement été en mesure de reprendre une activité professionnelle à 100 % à compter du 1er janvier 2025, ce qui est implicitement admis par le médecin-conseil de Philos, lequel a mentionné dans son appréciation du 5 juin 2025 qu'une reprise à 100 % pouvait être demandée pour le mois de juin 2025. Au contraire, il ressort du dossier que la recourante, suivant les recommandations de l'expert psychiatre, a débuté un suivi psychothérapeutique dès le 14 janvier 2025 auprès du Dr E. _____. Ce praticien a retenu un épisode dépressif moyen, dès lors que sa patiente présentait des symptômes de tristesse, d'anxiété, de perte de motivation et des envies, de perte d'énergie, des idées négatives envers elle-même et de l'insomnie. Dans ce contexte, le psychiatre traitant a mis en place un traitement médicamenteux plus conséquent justifiant une incapacité de travail totale jusqu'au 31 janvier 2025 (cf. certificat médical du 21 janvier 2025), prolongée au 31 mars 2025. Par la suite, il a attesté une incapacité de travail à 80 % du 1er au 30 avril 2025, à 70 % du 1er mai au 30 juin 2025, à 60 % du 1er au 31 juillet 2025, puis à 50 % dès le 1er août 2025. Quoiqu'en dise l'intimée, il n'y a au dossier aucun élément médical susceptible de remettre en cause le bien-fondé des certificats médicaux établis par le Dr E. _____, lequel a régulièrement évalué la capacité de travail de sa patiente et son évolution pour conclure à une capacité de travail totale dès le 1er octobre 2025. Ainsi, le médecin-conseil de l'intimée n'a procédé à aucune évaluation de la capacité de travail de l'intéressée dès le 1er janvier 2025, se limitant à préconiser une reprise à 100 % dès juin 2025. Contrairement à l'opinion de l'intimée, le fait que le Dr E. _____ a indiqué, dans son rapport du 5 avril 2025, que depuis l'évaluation du Dr C. _____, le 24 octobre 2025, l'évolution de l'état de sa patiente était favorable, avec un épisode dépressif en rémission (patiente qui ne présentait plus de symptômes dépressifs, était plutôt active dans son ménage, était davantage calme et contente, avait davantage confiance en elle et avait repris un travail à 30 %), ne remet pas en cause

- 14 - son appréciation, dès lors qu'un état de santé encore fragile d'un point de vue émotionnel persistait. d) Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans s'en tiendra aux certificats médicaux du Dr E. _____ s'agissant de l'évolution de la capacité de travail de l'intéressée du 1er janvier au 30 septembre 2025. Il résulte de ce qui précède que l'intimée n'était pas fondée à nier le droit de la recourante à l'indemnité journalière en cas de maladie au-delà du 31 décembre 2024. 8. Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu de donner une suite favorable aux requêtes d'instruction complémentaire formulées par la recourante, à savoir la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire et l'audition de témoins. 9. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis, à savoir que la décision sur opposition rendue le 11 juin 2025 est réformée, en ce sens que la recourante a droit au versement des indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie, calculées sur un taux d'incapacité de travail de 100 % du 1er janvier 2025 au 31 mars 2025, de 80 % du 1er au 30 avril 2025, de 70 % du 1er mai au 30 juin 2025, de 60 % du 1er au 31 juillet 2025 et de 50 % du 1er août au 30 septembre 2025. La conclusion portant sur l'octroi d'intérêts

moratoires à compter du 1er avril 2025 doit être rejetée. En effet, l'art. 26 al. 2 LPGA prévoit uniquement le versement d'intérêts moratoires pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 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. Or, dans le cas présent, le délai de 24 mois depuis la naissance du droit le 1er janvier 2025 n'est pas échu. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA).

- 15 - c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est partiellement admis. II. La décision sur opposition rendue le 11 juin 2025 est réformée en ce sens que la recourante a droit au versement des indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie, calculées sur un taux d'incapacité de travail de 100 % du 1er janvier 2025 au 31 mars 2025, de 80 % du 1er au 30 avril 2025, de 70 % du 1er mai au 30 juin 2025, de 60 % du 1er au 31 juillet 2025 et de 50 % du 1er août au 30 septembre 2025. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. Philos Assurance Maladie versera à B. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. La présidente : Le greffier : Du

- 16 - L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Thierry Sticher (pour B. _____), - Philos Assurance Maladie SA, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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