



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3485/2018

ATAS/873/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 26 septembre 2019**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Catarina MONTEIRO  
SANTOS

recourante

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, sise rue des Cèdres 5,  
MARTIGNY

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER  
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 1968 et mère de deux enfants adultes, était employée de l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA en tant que caissière polyvalente. A ce titre, elle était assurée auprès de Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après : l'assurance d'indemnités journalières) pour la perte de gain en cas de maladie, assurance soumise à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).
2. Le 29 novembre 2016, le contrat de travail de l'assurée a été résilié avec effet au 31 janvier 2017, après 28 ans de services.
3. Dès le 30 novembre 2016, une incapacité de travail totale de l'assurée est attestée.
4. L'assurance d'indemnités journalières a pris en charge le cas à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017. Par ailleurs, l'échéance du contrat de travail a été reportée au 31 juillet 2017.
5. Dans son rapport médical du 1<sup>er</sup> mai 2017, la doctoresse C\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH, a émis les diagnostics d'épisode dépressif moyen à sévère suite au licenciement de l'assurée pour des raisons de restructuration. Celle-ci aimait son activité professionnelle et s'y était investie totalement, malgré la séparation de son mari en cours. Le licenciement avait été vécu par l'assurée comme un choc et avait provoqué son effondrement psychologique. Les symptômes consistaient en tristesse, anhédonie, repli, trouble du sommeil, trouble de l'appétit, idées noires, aboulie et désespoir. L'assurée s'était sentie trahie par son employeur. Toutefois, le pronostic pour une reprise de travail était positif, si l'état s'améliorait. Le traitement consistait en Deroxat 30 mg par jour. Par ailleurs, elle était suivie en moyenne à raison de deux consultations par mois.
6. Sur incitation de l'assurance perte de gain, l'assurée a rempli le 21 juin 2017 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en mentionnant souffrir d'une épilepsie depuis 1990 environ et d'un trouble dépressif depuis novembre 2016.
7. Le 10 juin 2017, l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique par la doctoresse D\_\_\_\_\_, psychiatre à la Clinique Corela. Dans son rapport du 4 juillet 2017, celle-ci a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, actuellement en cours de rémission. Elle a écarté le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère en l'absence des critères majeurs de la dépression et en présence de seulement deux critères mineurs, tels que le trouble du sommeil et de l'appétit. Par ailleurs, l'examen psychométrique (test Hamilton) ne montrait ni dépression ni anxiété. En outre, le taux sanguin du Deroxat était revenu très en-dessous de la valeur normale, malgré une posologie correcte, ce qui traduisait a priori une prise irrégulière de l'antidépresseur ou une prise inférieure à la posologie prescrite et permettait de relativiser les plaintes de l'assuré. Sous « Evolution actuelle, interactions et évolution prévisible », l'experte a mentionné que l'assurée présentait uniquement quelques symptômes résiduels infra-cliniques, telle qu'une tristesse réactionnelle à l'évocation de la perte de son activité professionnelle. Le sommeil et l'appétit étaient en voie de normalisation. Il n'y avait plus de perte d'intérêt et du plaisir et l'assurée n'évoquait pas spontanément

des ruminations anxieuses. Au contraire, elle paraissait calme, apaisée et détendue. Elle rapportait par ailleurs des difficultés financières et conjugales qui pourraient interférer avec les délais de reprise professionnelle. La capacité de travail était de 100 % dès le jour de l'expertise. L'assurée était enfin en recherche d'emploi et avait envoyé des offres spontanées par courrier, sans succès.

8. Le 4 juillet 2017, l'assurance a transmis la demande de prestations de l'assurance-invalidité de l'assurée à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: OAI).
9. À l'attention de l'OAI, le docteur E\_\_\_\_\_ a attesté le 20 juillet 2017 que l'assurée présentait une capacité de travail exigible dans l'activité habituelle de 100% (recte 0 %) et dans une activité adaptée de 50 %. Dans les limitations fonctionnelles, il a mentionné un trouble dépressif et une épilepsie. L'assurée était toujours en incapacité de travail pour une durée indéterminée.
10. Par décision du 26 juillet 2017, l'assurance a mis fin au versement des indemnités journalières au 31 juillet 2017, sur la base de l'expertise psychiatrique.
11. Dans son rapport du 8 août 2017, la Dresse C\_\_\_\_\_ a repris ses diagnostics précédents et a mentionné que l'assurée souffrait depuis plusieurs années d'un grave et chronique conflit de couple qui avait débouché en 2016 à une séparation officielle. Elle présentait une interdépendance affective à l'égard de son mari qui l'avait obligée de retarder la séparation. Elle s'était alors accrochée à son activité professionnelle comme à un support lui permettant de ne pas s'effondrer. Suite au choc de son licenciement, elle avait totalement décompensé. A l'examen clinique, elle était très ralentie sur le plan psychomoteur avec des troubles du sommeil et de l'appétit, désespoir, tristesse, idées de mort et perte de l'élan vital. Le pronostic restait néanmoins globalement favorable, car l'assurée gardait l'envie de retrouver une activité professionnelle. L'incapacité de travail restait totale, l'assurée étant très déprimée. La psychothérapie l'aidait à faire le deuil de son couple, étant précisé qu'elle avait appris que son mari était en train de reconstruire une nouvelle vie de couple. Le refus des prestations de l'assurance l'avait beaucoup déçue. Il était par ailleurs important de respecter son rythme et qu'elle ne fût pas obligée de s'inscrire au chômage et de retomber tout de suite malade. L'assurée restait fragile et son incapacité de travail était légitime.
12. Par courrier du 31 août 2017, l'assurée a formé opposition à la décision du 26 juillet 2017 de l'assurance d'indemnités journalières, par l'intermédiaire de son conseil, tout en requérant la transmission de son dossier et un délai supplémentaire pour motiver son opposition.
13. Le 15 septembre 2017, la Dresse C\_\_\_\_\_ a attesté que l'assurée présentait une symptomatologie dépressive avec une baisse d'énergie, une tristesse et une thymie dépressive. Sa capacité de travail était nulle.
14. Selon le rapport d'évaluation relatif à l'intervention précoce de l'office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI) du 18 septembre 2017, l'assurée

---

souffrait depuis plusieurs années à cause de conflits dans son couple et était en pleine séparation. Elle s'était inscrite au chômage le 1<sup>er</sup> août 2017 à 50 %. Dans les attentes, elle avait fait part de son souhait d'un 2<sup>ème</sup> rendez-vous avec l'experte, contestant la décision de reprise de travail. Selon ce rapport, l'assurée était ponctuelle, présentait bien et tenait un discours cohérent. Elle prenait des médicaments pour la tension, l'épilepsie et la dépression. À cause de l'épilepsie, elle a expliqué qu'elle avait des limitations fonctionnelles pour le travail en hauteur, pour monter sur une échelle et l'utilisation de machines dangereuses. Concernant sa situation sociale et familiale, ainsi que les loisirs, il est noté qu'elle était en train de se séparer de son mari. Sa fille, qui était déjà mère d'un enfant et attendait le deuxième, l'aidait beaucoup. L'assurée allait parfois marcher avec une collègue et à la piscine. Enfin, elle était preneuse de séances de mindfulness qui lui ont été proposées par l'OAI, afin de réduire le stress, ayant également perdu confiance en elle à cause de sa prise de poids.

15. Le 18 septembre 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a certifié que l'assurée présentait une incapacité de travail totale dès cette date.
16. Le 21 septembre 2017, la Dresse C\_\_\_\_\_ a certifié une incapacité de travail totale pour le mois de septembre.
17. Le 26 septembre 2017, la Dresse C\_\_\_\_\_ a attesté notamment que l'assurée était également connue pour une épilepsie qu'elle vivait de manière négative et qu'elle avait subi des crises dues à l'état de stress dans lequel elle vivait. Son ex-mari avait toujours déclaré ne pas avoir de revenus, étant précisé qu'il était indépendant, ce qui avait mis l'assurée dans une situation difficile face à l'administration fiscale, alors même que son mari travaillait de manière non déclarée. Depuis l'expertise, l'assurée présentait 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'était plus capable de gérer les tâches administratives, montrait une perte de l'élan vital et une forte anhédonie et aboulie. Il y avait ainsi lieu de réévaluer la situation clinique de l'assurée. À défaut, il serait éventuellement nécessaire de l'hospitaliser.
18. Par courrier du 28 septembre 2017 à l'assurance perte de gain, l'assurée a réitéré sa demande de lui transmettre une copie de son dossier, afin de motiver son opposition.
19. Par courrier du 6 octobre 2017, l'assurance perte de gain a transmis à l'assuré « copie du dossier constitué au nom de l'assurée, de même que les pièces médicales en possession de notre médecin-conseil ».
20. Par courrier du 10 octobre 2017, la recourante a requis de la part de l'assurance d'indemnités journalières l'intégralité du dossier, afin de pouvoir motiver l'opposition.
21. Le 19 octobre 2017, la Dresse D\_\_\_\_\_ a répondu à une demande d'avis médical de l'assurance d'indemnités journalières, concernant l'attestation du 26 septembre

2017 de la psychiatre traitante. L'aggravation évoquée était tout au plus transitoire. Il ne pouvait s'agir d'un effondrement dépressif, dès lors que cela était en contradiction avec l'évolution entre juin et septembre. A cet égard, l'experte a relevé que la psychiatre traitante avait fait état d'une envie d'avancer et que l'assurée pensait pouvoir retrouver une capacité professionnelle partielle entre août et septembre 2017. Selon la Dresse C\_\_\_\_\_, elle se projetait dans l'avenir. L'absence de modification thérapeutique était également discordante avec une aggravation. Il convenait de s'assurer aussi d'une compliance au traitement antidépresseur et cas échéant proposer une potentialisation du traitement, voire une modification de la molécule prescrite. Une hospitalisation constituait une option de deuxième intention, notamment en cas de résistance au traitement. Les troubles s'expliquaient plutôt par une mauvaise compliance et des facteurs non médicaux (âge, problèmes personnels et financiers, licenciement et recherches infructueuses d'un emploi). Par ailleurs, le fait que l'assurée ne voulait pas s'inscrire au chômage ne pouvait justifier la poursuite d'une incapacité de travail. Quant aux crises d'épilepsie, l'assurée bénéficiait d'un traitement préventif des crises et aucune nouvelle crise n'était rapportée. Ainsi, il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux permettant de modifier les conclusions de l'expertise.

22. Par courrier du 30 octobre 2017, l'assurée a de nouveau demandé à l'assurance d'indemnités journalières la transmission de l'intégralité du dossier de l'assurance. Elle a réitéré cette demande le 8 novembre 2017.
23. Le 9 novembre 2017, l'assurance d'indemnités journalières a transmis à l'assurée une copie de l'expertise psychiatrique et lui a fixé un délai jusqu'au 27 novembre 2017 pour motiver son opposition.
24. Par courrier du 13 novembre 2017, l'assurée a fait part à l'assurance d'indemnités journalières de n'avoir reçu qu'une copie d'un courrier à la Dresse C\_\_\_\_\_ et de l'expertise. Ces pièces étaient insuffisantes pour faire valoir le droit d'être entendu. Il semblait que la Dresse C\_\_\_\_\_ avait envoyé à l'assurance également un courrier et des documents, lesquels n'étaient cependant pas joints à la correspondance du 9 novembre écoulé. Cela étant, l'assurée a réitéré sa demande de lui transmettre l'intégralité du dossier. Elle l'a répétée les 27 et, par courriel, 30 suivants.
25. Le 13 décembre 2017, l'assurance a fixé à l'assurée un délai au 31 décembre 2017 afin de motiver l'opposition et a annexé à son courrier le dossier administratif complet.
26. Selon la note du 4 janvier 2018 de l'OAI concernant un entretien téléphonique avec l'assurée, celle-ci avait changé de psychiatre et était toujours en incapacité de travail totale depuis septembre 2017. Elle n'était plus inscrite au chômage, car sa conseillère en personnel lui avait dit de se battre pour que l'assurance perte de gain lui versât les indemnités journalières, et s'était adressée à l'Hospice général. Elle pleurait, parlait de choses incohérentes et avait des troubles de la mémoire. Le

---

traitement médicamenteux consistait en antidépresseurs (Fluoxétine 40 mg), ainsi que de médicaments pour l'épilepsie, le cœur et l'hypertension.

27. Par courrier du 31 janvier 2018, après avoir obtenu une prolongation du délai à cette date, l'assurée a motivé son opposition. L'expertise psychiatrique était incomplète et aucune valeur probante ne pouvait lui être reconnue, dans la mesure où elle n'était pas conforme aux critères dégagés par la jurisprudence. Elle comportait en effet plusieurs imprécisions et incohérences et n'avait manifestement pas été établie en pleine connaissance du dossier et sur la base d'une analyse claire de la situation médicale. Par ailleurs, la recourante ignorait si l'assurance perte de gain avait reçu une réponse à sa demande de rapport complémentaire à la Dresse D\_\_\_\_\_. Sur la base des autres pièces médicales du dossier, il convenait de retenir qu'elle était en dépression moyenne à sévère depuis plusieurs mois et que son incapacité de travail était totale à ce jour. Partant, elle avait droit aux indemnités journalières.
28. Dans son rapport du 26 mars 2018, la doctoresse F\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH, a certifié une incapacité de travail totale depuis octobre 2017. Elle avait pris le relais de la Dresse C\_\_\_\_\_ en septembre 2017. Son diagnostic était un trouble dépressif récurrent, actuel épisode moyen. L'assurée souffrait probablement déjà d'un trouble dépressif depuis longtemps, en lien avec ses problèmes conjugaux. Elle avait peur de demander la séparation et préférerait rester avec son mari, même si elle était malheureuse, pour éviter des répercussions sur les enfants. Il y a deux ans, elle avait demandé le divorce et la procédure était toujours en cours. Actuellement, elle était toujours en incapacité totale de travail, en raison des symptômes dépressifs qui étaient maintenus par une situation financière très précaire et d'autres facteurs de stress familiaux. Un changement d'antidépresseur depuis le mois d'octobre 2017 (Fluoxétine), en parallèle à une psychothérapie hebdomadaire, avait amélioré certains aspects dépressifs, tels que les pleurs et les idées noires. Néanmoins, elle restait assez démotivée et découragée avec une tendance importante à s'isoler et des ruminations anxieuses négatives quant à son avenir. L'évolution générale avait été favorable sur le plan thymique, mais elle présentait régulièrement des baisses thymiques en rapport essentiellement avec les éléments de la vie quotidienne qui avaient une nette répercussion sur son fonctionnement. Concernant son potentiel de réadaptation, la psychiatre traitante a indiqué qu'on pouvait attendre que l'assurée travaillât six heures par jour dans l'activité exercée jusqu'ici, ainsi que dans une activité adaptée. Toutefois, les symptômes dépressifs actuels pourraient empêcher ou retarder une réadaptation ou une reprise de travail.
29. Dans son rapport du 2 mai 2018, la Dresse F\_\_\_\_\_ a confirmé son rapport précédent et a fourni un status psychiatrique détaillé. L'assurée présentait une tenue et une hygiène correctes, se montrait plutôt calme et bien collaborante, était bien orientée dans l'espace. Le contact visuel était normal. Il n'y avait ni troubles flagrants de la mémoire, de l'attention et de la capacité de concentration. Son

discours était fluide, spontané, authentique, cohérent, bien structuré et en adéquation avec les questions posées. La tonalité de sa voix et le flux du discours étaient dans la norme. L'anxiété était latente et la souffrance manifeste. Elle présentait par ailleurs un discret élan de l'humeur, un sentiment important de dévalorisation, de baisse d'estime de soi et de confiance en elle-même, sans idées suicidaires. La mimique et la gestualité étaient vivantes. Enfin, le sommeil et l'appétit étaient normaux. Concernant le déroulement d'une journée type, la Dresse F\_\_\_\_\_ a mentionné que l'assuré gardait presque toute la journée ses petits-enfants chez sa fille. Leur compagnie lui faisait du bien. Dans l'après-midi, soit elle sortait faire une promenade ou pour prendre un café avec ses copines, soit elle restait chez elle tranquille ou pour faire le ménage. Elle habitait seule et arrivait bien à garder son appartement en ordre. Elle n'avait ainsi pas de limitations dans les domaines courants de la vie ou pour faire des tâches ménagères. L'incapacité de travail était toujours totale, mais au vu de l'évolution favorable, le pronostic à moyen terme était bon. Enfin, la compliance était très bonne.

30. Le 31 août 2018, l'assurance a rejeté l'opposition sur la base de l'expertise psychiatrique, ainsi que du complément de celle-ci. L'avis du médecin traitant était trop lacunaire pour justifier une si longue incapacité de travail. Son rapport n'était pas non plus convaincant. En effet, d'une part, elle reconnaissait que le pronostic était favorable et que sa patiente était motivée à retrouver une activité professionnelle, alors que, d'autre part, elle estimait qu'une inscription à l'assurance-chômage ne serait pas appropriée. Les déclarations des médecins traitants entraient aussi en contradiction avec leurs propres certificats médicaux. En effet, suite à la décision de l'assurance d'indemnités journalières du 31 juillet 2017, le médecin traitant n'avait établi un nouveau certificat médical que le 18 septembre 2017 avec un début d'incapacité de travail le même jour. Quant à la psychiatre traitante, elle n'a établi un nouveau certificat médical que le 21 septembre 2017 pour attester rétroactivement une incapacité de travail pour le mois de septembre. L'assurance a aussi relevé que l'assurée n'avait pas repris le travail dans le courant du mois d'août ou septembre comme la psychiatre traitante l'avait annoncé. Dans le courant du mois d'octobre 2017, elle a consulté un nouveau psychiatre, la doctoresse F\_\_\_\_\_ qui avait également cessé d'établir des certificats médicaux au-delà du 31 décembre 2017.
31. En août et septembre 2018, l'assurée a été soumise à une expertise par le docteur G\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH, sur mandat de l'OAI. Sur la base de trois entretiens avec l'assurée, il n'a émis, dans son rapport du 24 septembre 2018, aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, puis léger (depuis mars 2018), et de traits de la personnalité anxieuse et dépendante, actuellement non décompensés, n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. Ce dernier trouble n'avait notamment jamais empêché l'assurée de travailler à 100 % dans le passé ni à gérer son quotidien sans limitations. En tenant compte de la

jurisprudence, l'expert n'a pas retenu de limitations fonctionnelles significatives et objectives, l'assurée arrivant à gérer son quotidien sans difficultés, à avoir des contacts sociaux, à conserver des plaisirs avec une amie, ses enfants et petits-enfants dont elle s'occupait adéquatement, et à partir en vacances. Le trouble dépressif ne remplissait pas non plus l'indice de gravité fonctionnelle, en présence d'une tristesse subjective fluctuante, d'une intolérance au stress, de difficultés de concentration subjectives, d'une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, sans aboulie et isolement social total, mais partiel. L'évolution était globalement favorable depuis mars 2018 avec un traitement psychiatrique, antidépresseur et psychothérapeutique adéquat. La motivation pour une réadaptation professionnelle était ambivalente à cause de crises d'épilepsie mensuelles malgré une bonne compliance au traitement neurologique. La cohérence était faible entre certaines plaintes subjectives et le constat objectif. Il n'y avait toutefois pas d'exagération volontaire des plaintes et la compliance était bonne. L'assurée disposait de bonnes ressources actuellement. La capacité de travail était de 100 % depuis décembre 2016, en fonction de la jurisprudence en la matière dont il fallait toutefois se demander si elle était applicable également pour évaluer la capacité de travail dans le cadre de l'assurance perte de gain. L'expert encourageait l'OAI à aider l'assurée pour un placement professionnel, afin d'améliorer le pronostic, après une amélioration de la prise en charge neurologique. Cela correspondait au demeurant aux souhaits de la recourante qui craignait de ne pas pouvoir trouver un emploi à cause des crises d'épilepsie.

32. Le 9 octobre 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.
33. Par acte du 3 octobre 2018, l'assurée a recouru contre la décision sur opposition du 3 septembre 2018 de l'assurance perte de gain, en concluant à son annulation et à la condamnation de l'assurance au paiement des indemnités journalières à compter du 1<sup>er</sup> août 2017 jusqu'au jour du dépôt de la demande en paiement, sous suite de dépens. À titre préalable, elle a conclu à son audition, ainsi qu'à celle de ses médecins traitants. À ce jour, elle était toujours en arrêt de travail. Elle faisait en outre toujours partie du cercle des assurés, dès lors que l'assurance ne l'avait pas renseignée par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle. Quant à l'expertise psychiatrique de la Clinique Corela, elle n'avait aucune valeur probante. La recourante n'avait par ailleurs pas pu faire valoir son droit d'être entendu, n'ayant pas reçu le dossier complet. Le rapport complémentaire de l'experte de ladite clinique mandatée par l'intimée ne lui avait jamais été transmis. De ce fait, la recourante a réclamé une indemnité à titre de réparation morale non chiffrée, jugeant le comportement de l'intimée inadmissible en ce qu'elle avait mis arbitrairement fin au versement des indemnités journalières, ce qui l'avait mis dans une situation plus que précaire. Au vu de la légèreté avec laquelle l'intimée avait traité le dossier, il était manifeste que cela avait eu des répercussions indélébiles sur

la personnalité de la recourante qui n'osait plus sortir de chez elle pour ne pas affronter le regard des autres.

34. Dans sa réponse du 31 octobre 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours sur la base de l'expertise psychiatrique de la Clinique Corela et son complément. Le médecin traitant de la recourante avait confirmé elle-même en août 2017 une amélioration de l'état de santé et que l'assurée pouvait reprendre le travail à temps partiel. Ce n'est qu'après sa décision de mettre fin au versement des indemnités journalières, qu'une incapacité de travail a de nouveau été attestée en septembre 2017. A cela s'ajoutait que rien ne démontrait que le traitement antidépresseur et sa posologie avaient été adaptés à la situation ni que la fréquence des consultations eût été augmentée ni qu'une hospitalisation se fût avérée nécessaire. De surcroît, l'OAI avait rendu un projet de décision de refus de rente et de mesures professionnelles. La recourante n'avait enfin rien entrepris afin de diminuer son dommage, en s'inscrivant au chômage. L'intimée a en outre réfuté avoir violé le droit d'être entendu, une copie du dossier médical complet et du dossier administratif ayant été adressée à la recourante le 13 décembre 2017. Quant à la demande d'une indemnité pour la réparation du tort moral, la recourante n'avait pas satisfait à son devoir d'allégation et n'avait pas démontré que l'atteinte subie était suffisamment grave. Pour autant qu'il y eût un préjudice, le dommage n'avait enfin pas été causé illicitement.
35. Par décision du 4 décembre 2018, l'OAI a refusé le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, décision contre laquelle l'assurée a recouru par devant la chambre de céans.
36. Par écriture du 15 février 2019, la recourante a informé la chambre de céans que son état s'était aggravé et qu'elle aurait dû être hospitalisée le 15 janvier dernier pour une embolie pulmonaire centrale à droite et lobaire à gauche, ainsi que pour une thrombose veineuse profonde distale du membre inférieur gauche. Lors de sa sortie, le Dr E\_\_\_\_\_ a constaté que son trouble dépressif chronique s'était aggravé. Son incapacité de travail était totale. Cela étant, il y avait lieu d'ordonner une nouvelle expertise et l'audition du Dr E\_\_\_\_\_ apparaissait indispensable. La recourante a par ailleurs persisté dans ses conclusions, en particulier pour l'allocation d'une indemnité à titre de réparation morale.
37. A l'appui de ses dires, la recourante a produit le rapport du 23 janvier 2019 du Dr E\_\_\_\_\_, dans lequel il a retenu une embolie pulmonaire bilatérale, une suspicion d'une maladie sous-jacente et type para-néoplasique en raison d'une résistance au traitement par l'Acenocoumarol, une aggravation du trouble dépressif chronique, un trouble anxieux chronique et une épilepsie depuis 1992.
38. La recourante a également produit l'avis de sortie du 22 janvier 2019 des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), mentionnant à titre de diagnostic principal une embolie pulmonaire centrale à droite et lobaire à gauche et, à titre secondaire, une thrombose veineuse profonde distale du membre inférieur gauche.

39. Dans sa duplique du 21 février 2019, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Les nouvelles atteintes ne concernaient en rien la présente procédure. Une nouvelle incapacité liée à celle-ci devait faire l'objet d'une nouvelle procédure distincte. Elle s'est enfin opposée à l'audition de la Dresse F\_\_\_\_\_, celle-ci n'ayant suivi la recourante que dès le mois d'octobre 2017.
40. Le 7 mars 2019, la chambre de céans a ordonné l'apport de la procédure A/230/2019 concernant le recours de la recourante contre la décision du 4 décembre 2018 de l'OAI.
41. Par courrier du 28 mars 2019, les parties ont renoncé à se déterminer sur la procédure de l'assurance-invalidité.
42. Le 15 mai 2019, la Dresse F\_\_\_\_\_ a répondu à une demande de renseignements de la chambre de céans. Invitée à se déterminer sur l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, elle a répondu que, selon son appréciation, la recourante présentait un état dépressif depuis son licenciement qui s'était ensuite aggravé et maintenu en raison de facteurs externes, comme des problèmes familiaux, économiques et troubles de la santé au niveau somatique. Elle avait essayé de reprendre le travail en août 2017, en s'inscrivant au chômage pour commencer les recherches d'emploi. Toutefois, elle a présenté tout de suite une aggravation de son état dépressif et anxieux, raison pour laquelle elle a été mise en arrêt total par son médecin de famille. Interrogée sur l'absence de modification thérapeutique, elle a indiqué qu'en septembre 2017, un changement de psychothérapie avait eu lieu et en octobre/novembre, un changement d'antidépresseur, le Seropram 30 mg ayant été remplacé par la Fluctine 40 mg. Il y avait eu une discrète amélioration de la thymie, mais les facteurs externes de la vie de la recourante n'avaient pas aidé à la motiver pour se remettre de nouveau à rechercher un travail.
43. Le 11 juin 2019, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a considéré que les réponses de la Dresse F\_\_\_\_\_ étaient très évasives et devaient être appréciées avec retenue. Par ailleurs, l'essentiel des faits s'était produit avant octobre 2017. Etant son médecin traitant, ses déclarations devaient enfin être appréciées avec retenue. Au demeurant, elle avait mentionné des facteurs externes qui n'avaient pas motivé l'assurée pour rechercher un nouveau travail. Cela confirmait qu'il s'agissait essentiellement d'une question de motivation et non pas d'une réelle incapacité de travail.
44. Par écriture de la même date, la recourante a également persisté dans ses conclusions et a sollicité l'audition de la Dresse C\_\_\_\_\_. En tout état de cause, la Dresse F\_\_\_\_\_ avait confirmé que l'état dépressif avait débuté suite à son licenciement.
45. Par courrier daté du 4 juillet 2019, la Dresse C\_\_\_\_\_ a informé la chambre de céans qu'elle partageait les conclusions de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, en ce qui concerne le diagnostic d'épisode dépressif moyen. S'agissant de la capacité de travail, ce médecin a relevé que la recourante ne se voyait pas capable de chercher

du travail, même si elle était en mesure de gérer son quotidien. Elle présentait des ruminations anxieuses, une profonde tristesse et une certaine inertie. Son autonomie était sélective en raison de l'état dépressif. Selon son analyse, le travail avait constitué un support pour faire face au divorce et rendait le bilan de vie moins douloureux. La recourante lui donnait l'impression d'avoir réduit au minimum ses activités quotidiennes, étant envahie en permanence par des pensées négatives autour de son divorce et de son avenir avec une colère silencieuse. Elle ne se sentait pas apte à faire des recherches d'emploi et ne prenait pas d'initiative pour rencontrer sa famille et ses amis. Elle aurait par ailleurs exprimé à sa fille des propos auto-agressifs. La recherche d'un emploi constituait un vrai facteur de stress et elle se sentait incapable de travailler, se disant fatiguée, triste et incapable de s'ouvrir au monde professionnel. Elle rapportait également que ses enfants étaient épuisés par le fait qu'ils devaient toujours la stimuler. La recourante culpabilisait enfin de ne pas avoir un statut professionnel. Invitée à se déterminer sur l'avis médical du 19 octobre 2017 de la Dresse D\_\_\_\_\_, la Dresse C\_\_\_\_\_ a déclaré s'en écarter. La recourante souffrait d'un épisode dépressif moyen et était compliant. Cependant, après l'expertise par le médecin de la Clinique Corela, la Dresse C\_\_\_\_\_ n'avait jamais pu la joindre, alors même que la recourante se disait très déstabilisée et angoissée avec une baisse thymique. Le médecin a par ailleurs exposé qu'une personne en deuil était une personne morte-vivante et éteinte. Durant les séances, la Dresse C\_\_\_\_\_ était en face d'une patiente qui ne parlait que de son ex-mari et avait de la difficulté à admettre l'échec de son mariage. Elle montrait une énorme inertie et attendait que les enfants fussent le moteur du changement. Il avait fallu plusieurs entretiens pour amorcer la possibilité d'un travail de deuil, afin de retrouver l'énergie nécessaire pour trouver plus d'autonomie et chercher du travail. Elle était envahie de pensées catastrophiques. Le degré d'intensité de la dépression était cependant moyen, la recourante pourvoyant à ses besoins vitaux au strict minimum. Son rôle de mère l'avait sauvée d'une dépression sévère. Si ce médecin avait par ailleurs indiqué dans son rapport que la recourante pourrait retrouver une capacité de travail, c'était sous la réserve que son état s'améliorerait. Cette précision signifiait que tout facteur de stress supplémentaire ou imprévu pouvait amener une rechute, alors que la recourante commençait à répondre au traitement. Le travail était essentiellement psychothérapeutique, mais également médicamenteux. Toutefois, un antidépresseur pouvait certes améliorer le sommeil, atténuer la fatigue, diminuer les idées suicidaires, mais non changer le regard que le patient porte sur sa vie après une perte difficile. Le travail psychothérapeutique s'était concentré sur le deuil de son mariage et sur le bilan de vie négatif. Il n'y avait pas eu un changement du traitement médicamenteux, le traitement antidépresseur convenant à la recourante et ne permettant de toute manière pas de changer sa réalité qui restait douloureuse. Quant à son inscription à l'assurance chômage en août 2017, le projet de reprise de travail semblait à la Dresse C\_\_\_\_\_ être une façade pour masquer la douleur de la recourante, et ce médecin craignait une rechute. L'inscription au chômage était une forme de revanche sur son mari qui

progressait. Par la suite, il s'est avéré que la recourante avait rechuté. Elle lui avait en effet demandé un entretien en urgence avec sa fille et la Dresse C\_\_\_\_\_ avait dû constater qu'elle était inapte à effectuer des recherches d'emploi, ne gérant plus, depuis sa dépression, le paiement de ses factures, tâche qui était assumée par les enfants. Ainsi, en conclusion, ce médecin s'écartait de l'appréciation de la capacité de travail par la Dresse D\_\_\_\_\_.

46. Par écriture du 8 août 2019, l'intimée a persisté dans ses conclusions, en soulignant que la Dresse D\_\_\_\_\_ avait constaté lors de son expertise que le taux sanguin dans l'antidépresseur ne correspondait pas à la valeur normale et que cela traduisait une prise irrégulière ou à une posologie inférieure à celle prescrite. Il ressortait par ailleurs des réponses de la Dresse C\_\_\_\_\_ qu'elle n'avait pas soutenu la recourante dans son projet de reprendre le travail. Enfin, il s'agissait de l'appréciation du médecin traitant.
47. Par écriture du 12 septembre 2019, la recourante a également maintenu ses conclusions. La Dresse C\_\_\_\_\_ avait confirmé que sa capacité de travail était nulle. Déjà avant l'inscription de la recourante au chômage, ce médecin craignait une rechute, ce qui s'était confirmé par la suite.
48. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

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).

La compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les délais 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.

- 
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.
  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 de 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.
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

---

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).

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).
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.
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.

---

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)

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

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).

---

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).

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 1<sup>er</sup> 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.

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).

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.

12. Le Dr G\_\_\_\_\_ a expertisé la requérante 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.
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 requérante, 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 requérante 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 requérante 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 a 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.

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.

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.

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.

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 19 septembre au 31 octobre 2017. Dès le 1<sup>er</sup> 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 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> septembre 2019, puis sur les indemnités journalières dues dès la fin du mois suivant.

18. La recourant obtenant partiellement gain de cause, l'intimée sera condamnée à lui verser CHF 2'000.- à titre de dépens.

19. La procédure est gratuite.

\*\*\*

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

1. Admet partiellement le recours dans la mesure où il est recevable.
2. Annule la décision du 31 août 2018.
3. Condamne l'intimée à verser à la recourante la somme de CHF 17'374.-, avec intérêts moratoires de 5 % par an sur la somme de CHF 1'923.55 dès le 1<sup>er</sup> septembre 2019, puis sur les indemnités journalières dues dès la fin du mois suivant.
4. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le