

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2872/2025

ATAS/197/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 mars 2026

Chambre 4

En la cause

A_____

recourante

contre

PHILOS ASSURANCE MALADIE SA

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Larissa ROBINSON-MOSER et Antonio Massimo DI TULLIO, juges assesseurs.

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante) est née le _____ 1990, mariée et mère de deux enfants, un fils né le _____ 2020 et une fille née le _____ 2024.

b. Elle a été engagée par l'entreprise B_____ SA (ci-après : l'employeur) dès le 31 janvier 2022 en tant que nettoyeuse à 93%. À ce titre, elle était assurée auprès de PHILOS ASSURANCE MALADIE SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée) pour la perte de gain maladie LAMal par le biais du contrat collectif de son employeur.

B. a. Le 17 mars 2025, l'employeur de l'assurée a annoncé à l'assurance une incapacité de travail de celle-ci à 100%, relevant que le certificat médical débutait le 17 mars 2025, mais que l'assurée était alors encore en congé maternité, de sorte que l'arrêt de travail devait être considéré comme commençant le 18 mars 2025.

b. Selon un rapport de visite « APG » (assurance perte de gain) établi par un collaborateur de l'assurance le 20 mars 2025, l'assurée avait indiqué souffrir d'un état grippal ainsi que d'une fatigue et d'une petite déprime en lien avec son environnement professionnel. Elle n'avait pas souhaité en dire plus. Elle était suivie par le docteur C_____, médecin généraliste. Elle avait consulté ce dernier le 17 mars 2025 et le médecin devait la contacter le 21 mars suivant pour lui donner les résultats d'une prise de sang. L'assurée prenait de l'Algifor et du Dafalgan. L'employeur était actif dans le domaine du nettoyage de bâtiments. L'assurée travaillait comme gouvernante auprès d'un client privé à 93%. Elle se déplaçait sur le lieu de travail habituellement en voiture. S'agissant du climat dans l'entreprise, elle avait indiqué ne pas avoir de contact au niveau des ressources humaines, mais seulement avec sa responsable pour prévoir sa reprise de travail. Il était convenu qu'elle prenne des vacances du 18 au 25 mars 2025, mais elle était tombée malade entretemps, selon ses dires.

Le collaborateur de l'assurance relevait qu'un arrêt d'un mois pour un état grippal semblait long et qu'il se justifiait d'obtenir des nouvelles du médecin de famille et d'aviser le médecin-conseil.

c. Le 29 avril 2025, le Dr C_____ a indiqué que l'assurée souffrait d'une dépression post-partum, d'une fatigue extrême et d'insomnie dès janvier 2025. Deux semaines après l'accouchement, elle avait eu des crises d'angoisse, des insomnies et une dépression. Elle devait prendre rendez-vous avec un psychiatre pour la suite du traitement. La dépression et l'insomnie étaient de degré moyen, l'angoisse et la fatigue de degré intense. Les consultations avaient eu lieu les 4, 17 et 25 mars ainsi que les 15 et 22 avril 2025. La collaboration de l'assurée était excellente. Le traitement médicamenteux était du Magnesiocard dès le 4 mars 2025, de l'acide folique et du Viferol dès le 17 mars 2025. L'assurée était totalement incapable de travailler du 17 mars au 15 mai 2025. La reprise totale était prévue, selon consultation avec le psychiatre, à partir du 15 mai 2025. Le

Dr C_____ ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée à une nouvelle place de travail et renvoyait à son psychiatre à ce sujet. Le travail à domicile n'était médicalement pas possible en raison d'un manque de concentration et de crises d'angoisse.

d. Le 2 mai 2025, l'assurée a été convoquée, à la demande de l'assurance, à la consultation du docteur D_____, psychiatre, au Centre roman d'expertise psychiatrique E_____, le 20 mai 2025.

e. Selon le rapport établi le 15 mai 2025 par le Dr D_____, il avait vu l'assurée le 13 mai 2025. Il estimait que la description des troubles fait par le Dr C_____ et le traitement mis en place ne correspondaient pas à une dépression post-partum et que ce diagnostic devait donc être écarté. L'assurée expliquait avoir eu une grossesse et un accouchement pénibles. À la fin de son congé maternité, elle se sentait fatiguée parce que sa fille la réveillait la nuit. De plus, elle devait s'occuper de son premier enfant, qui souffrait d'autisme. Elle expliquait ne pas avoir de place en crèche pour sa fille et que l'organisation des soins aux enfants et des tâches pour le ménage était très compliquée. Elle signalait également avoir été convoquée par son employeur et enjointe à ne pas critiquer ouvertement son salaire, ce qu'elle avait fait quelque temps auparavant. Elle considérait en effet avoir eu une fonction de gouvernante sans avoir été salariée à la hauteur de cette qualification et ne pas avoir été soutenue par son employeur lorsqu'elle avait eu des difficultés. La problématique de l'assurée ne relevait pas de sa santé mentale. Elle n'avait pas de traitement médicamenteux ni de prise en charge psychothérapeutique. L'assurée lui avait indiqué avoir un rendez-vous, le lendemain de leur entretien, auprès d'un psychiatre, le docteur F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Spontanément, l'assurée avait déclaré être très fatiguée (à noter qu'elle riait volontiers en déclarant cela). Elle avait donné, par la suite, de nombreuses explications concernant sa situation actuelle, la nécessité de se lever la nuit pour s'occuper de son plus jeune enfant, et d'accompagner en logopédie son fils aîné qui souffrait d'autisme. Elle avait en outre expliqué de façon assez complète les difficultés qu'elle rencontrait avec son employeur. Questionnée sur son appétit, elle disait que c'était « catastrophique », car elle grignotait à longueur de journée et qu'elle n'avait pas retrouvé son poids d'avant la grossesse. Elle pesait 80 kg le jour de l'examen.

L'assurée disait s'occuper de ses deux enfants. Elle faisait des jeux avec sa fille, qui était très active, et accompagnait son fils à la logopédie deux fois par semaine. Elle se plaignait de ne pas avoir de place en crèche pour sa fille ni de place en classe spécialisée pour son fils.

Selon le Dr D_____, il n'y avait actuellement pas de diagnostic ou de diagnostic clair justifiant une incapacité de travail. L'assurée ne présentait qu'une seule plainte, un sentiment de fatigue intense. Elle l'expliquait elle-même par le fait que

sa fille se réveillait la nuit et qu'elle devait s'en occuper. Elle disait être totalement occupée par les soins à ses deux enfants et ne pas avoir d'aide. Lors de l'examen, seule une légère instabilité émotionnelle avait été constatée. L'assurée n'avait pas de traitement. Il n'y avait donc pas matière à poser un diagnostic médical. L'arrêt de travail n'apparaissait pas justifié du point de vue médical. Le médecin généraliste de l'assurée n'avait pu être contacté par téléphone malgré plusieurs tentatives.

f. Par décision du 15 mai 2025, l'assurance a nié à l'assurée le droit à des indemnités journalières, au motif que selon le dossier, et en particulier le rapport de l'expert, son incapacité de travail n'était pas médicalement justifiée.

g. Le 12 juin 2025, l'assurée a formé opposition à la décision précitée, en produisant un rapport établi le 11 juin 2025 par le Dr F_____, qui indiquait que le diagnostic provisoire était un épisode dépressif modéré (F32.1) et un burnout/surcharge lié au rôle parental et professionnel (Z73.0). Il avait mis en route un traitement d'antidépresseurs par Sertraline 25 mg, à augmenter progressivement, et un suivi psychothérapeutique avec une psychologue. En raison de l'état psychique encore fragile, de la fatigue intense, du stress parental majeur et de la nécessité de mettre en place un traitement psychothérapeutique et médicamenteux, la prolongation de l'arrêt maladie jusqu'au 11 juin 2025 était justifiée et indispensable pour permettre une récupération fonctionnelle à l'assurée, qui n'était pas en mesure de reprendre une activité professionnelle. Le contexte personnel était marqué par une charge mentale et émotionnelle importante, à savoir le diagnostic d'autisme de son fils aîné posé un an auparavant, un accouchement prématuré en novembre 2024 et un manque de soutien logistique malgré un bon lien familial. L'assurée consacrait tout son temps à ses enfants, sans espace pour ses propres besoins, ce qui contribuait à une détérioration de son bien-être psychique.

h. Le 26 juin 2025, l'assurée a résilié son contrat de travail avec effet au 31 août 2025, indiquant à son employeur que cette décision faisait suite à de nombreuses difficultés rencontrées ces derniers mois. Son salaire avait été versé de manière irrégulière avec de grandes différences chaque mois, ce qui avait entraîné pour elle une instabilité financière préoccupante. Depuis le 17 mars, elle ne recevait pas d'indemnités, malgré les certificats médicaux en cours, en raison d'une décision de l'assurance. Elle déplorait le manque de soutien de l'entreprise, tant sur le plan professionnel que personnel, en particulier le fait qu'aucune aide ne lui avait été apportée lors du décès de la cliente pour laquelle elle travaillait, ce qui avait été une épreuve difficile sur le plan humain. Ce manque de reconnaissance et de soutien avait largement contribué à la dégradation de son état de santé, étant précisé qu'elle était toujours en arrêt de travail.

i. Le 18 juillet 2025, le Dr D_____, auquel le rapport du Dr F_____ du 11 juin 2025 avait été soumis, a indiqué que la recourante n'avait pas consulté de psychologue ni de psychiatre avant son évaluation. Il estimait peu crédible que

des symptômes soient apparus brusquement après celle-ci, ce d'autant moins qu'elle lui avait indiqué lors de leur entretien avoir rendez-vous avec le Dr F_____ le lendemain et que le rapport de celui-ci datait d'un mois plus tard et indiquait un arrêt de travail jusqu'au 11 juin 2025, ce qui couvrait la période de vacances de l'assurée. De plus, le diagnostic évoqué par le Dr F_____ était imprécis (épisode dépressif léger ou moyen ?) et la symptomatologie décrite n'était pas crédible par rapport à ses propres constatations. Par conséquent, l'incapacité de travail était improbable.

j. Par décision sur opposition du 7 août 2025, l'assurance a confirmé sa décision de refus d'octroi de ses prestations à l'assurée pour son incapacité de travail dès le 18 mars 2025, relevant que l'expertise était fondée sur le dossier complet de l'assurée ainsi qu'un examen clinique de l'expert. L'assurée n'apportait aucun élément médical nouveau permettant d'étayer la poursuite de l'incapacité de travail, se bornant à expliquer qu'elle était fatiguée en raison des pleurs de sa fille et des troubles du comportement de son fils. Le rapport médical produit à l'appui de l'opposition avait été soumis à l'expert qui avait confirmé que l'incapacité de travail était improbable. Force était de constater qu'il n'existait pas de motif médical permettant de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise du 15 mai 2025.

- C. a.** Le 25 août 2025, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Elle indiquait être mère de deux enfants âgés de 4 ans et demi et 6 mois. Son fils aîné souffrait d'un trouble du spectre de l'autisme diagnostiqué à l'âge de 2 ans. Au mois de juin 2024, alors qu'elle était enceinte de son deuxième enfant, son fils aîné avait attrapé une méningite. Cet événement avait été difficile à vivre non seulement pour lui mais pour ses parents, ce d'autant plus qu'ils avaient toutes les chances d'attraper cette maladie, ce qui avait été le cas pour sa part. Elle avait dû subir une ponction lombaire, examen qui était très douloureux, mais elle avait surtout eu très peur qu'il arrive quelque chose à l'enfant qu'elle portait. Cela l'avait beaucoup affectée moralement. Heureusement, sa fille était née en bonne santé le 26 novembre 2024. Les mois qui avaient suivi sa naissance avaient été très difficiles, car elle pleurait dès son réveil, jusqu'à ce qu'un ostéopathe découvre qu'elle avait une hanche bloquée, ce qui lui provoquait des douleurs. Ce problème était à présent résolu. Par ailleurs, suite à la naissance de sa sœur, son fils était entré dans une phase particulièrement compliquée. Il refusait d'aller se coucher et restait collé à elle en permanence, essayant, dès qu'il le pouvait, de pincer ou griffer sa sœur. Cette situation avait été épuisante pour son mari et elle-même. Affaiblie par le manque de sommeil, les pleurs de sa fille et les comportements de son fils, elle était tombée dans une forme de dépression de laquelle elle peinait à sortir. Ne pouvant physiquement et moralement pas reprendre le travail après son congé maternité, son médecin traitant, le Dr C_____, l'avait mise en incapacité de travail, le temps qu'elle reprenne pied. Le

14 mai 2025, sur les conseils de ce médecin, elle avait consulté le Dr F_____, qui lui avait prescrit un antidépresseur et un suivi régulier. Le 25 juin 2025, son employeur l'avait informée que l'assurance n'avait versé aucune indemnité pour elle et qu'aucune rémunération ne lui était due, hormis le délai de carence. Épuisée par toutes les difficultés rencontrées, notamment l'absence totale de revenus depuis trois mois, ce qui péjorait sa santé psychologique, elle avait démissionné au 31 août 2025. Elle était toujours en arrêt de travail.

b. Le 25 septembre 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la condamnation de la recourante à tous les frais et dépens, celle-ci n'ayant fourni aucun élément nouveau permettant de mettre en doute la valeur probante du rapport médical du Dr D_____. Aucun diagnostic psychiatrique n'avait été retenu par l'expert. De plus, le rapport médical établi par le psychiatre traitant pour les besoins de la cause n'apportait aucun élément nouveau, comme l'avait constaté le Dr D_____. En conséquence, la recourante devait être considérée comme pleinement capable de travailler en tous les cas dès le 18 mars 2025 et c'était à juste titre que l'intimée avait mis fin au versement des indemnités journalières dès cette date.

c. Le 11 octobre 2025, la recourante a indiqué que n'ayant pas de connaissances en droit, elle ne pouvait pas citer de jurisprudence ou d'articles de loi pouvant étayer ses revendications et sa situation. Elle s'étonnait que l'assurance demande sa condamnation à tous les frais et dépens, dès lors qu'il était indiqué sur le site Internet de la chambre des assurances sociales que la procédure était gratuite. Elle demandait à ne pas être condamnée au versement de frais et dépens, qu'elle n'avait pas les moyens de les payer, vu son absence de revenus depuis le 18 mars 2025.

d. Lors de l'audience du 4 février 2025 :

- la recourante a notamment déclaré à la chambre de céans que le 17 mars 2025 était dernier jour de son congé maternité et qu'elle était en vacances dès le 18 mars 2025. Elle était tombée malade quelques jours avant le 17 mars. Elle avait été voir son médecin et lui avait dit qu'elle n'avait pas été bien durant le week-end, elle était grippée et avait de la diarrhée. Elle souffrait d'une légère dépression déjà avant l'accouchement, car elle ne comprenait pas comment son employeur la payait, les sommes variant selon les mois. Elle n'avait pas été bien traitée. Personne ne lui avait demandé comment elle se sentait alors qu'elle était à six mois de grossesse. Elle travaillait comme gouvernante mais était payée comme une nettoyeuse. Elle était complexée par cela. Au mois de juillet 2024, elle avait eu mal au ventre et avait arrêté de travailler. Au mois de juin, elle avait eu la méningite alors qu'elle était enceinte. Elle avait eu peur de perdre son bébé. Sa gynécologue l'avait mise en arrêt à 50%. Elle s'attendait à ce que l'entreprise lui paie le 50% de son salaire et l'assurance le reste, mais elle n'avait reçu que son salaire à 50%. Cela l'avait énervée et elle avait dû se battre alors qu'elle n'était pas bien. Pour finir, elle avait obtenu le

solde de son salaire à 100%. Elle pensait que sa dépression était venue de là. Elle n'avait pas vu de psychiatre et n'avait jamais eu de problèmes de dépression auparavant. Le 26 novembre 2024, son accouchement s'était très mal passé, elle eu une césarienne en urgence. Ensuite, son bébé voulait toujours être dans ses bras et pleurait beaucoup. Elle n'avait pas tout de suite fait ses nuits. Son fils aîné était autiste et avait presque 4 ans à la naissance de sa fille, cela avait été compliqué aussi avec lui.

Son médecin avait pris conscience au moment où elle l'avait vu pour la grippe, qu'il fallait qu'elle voie un psychiatre. Elle n'avait rien prévu de particulier pendant ses vacances qui étaient prévues du 18 au 25 mars 2025. Son état moral s'était aggravé régulièrement entre avant l'accouchement et la fin du congé maternité. Après, elle n'avait plus eu d'argent et cela avait été une descente aux enfers. Son état s'était aggravé. Elle avait dû démissionner, pour pouvoir s'inscrire au chômage, ce qu'elle avait fait à partir du 31 août 2025 pour un taux à 93%. Dès septembre, elle avait touché le chômage. Elle avait retrouvé sa capacité de travail à partir de septembre 2025. À la base, elle devait voir le Dr D_____ le 20 mai 2025 mais elle avait réussi à avancer la date du rendez-vous. Elle voulait que cela aille vite, pour pouvoir être payée. Elle l'avait finalement vu le 13 mai 2025 et elle avait rendez-vous avec le Dr F_____ le lendemain. Elle avait pris des antidépresseurs jusqu'en juillet 2025, cela l'avait relaxée et aidée à dormir. À partir d'août, elle s'était sentie mieux, car elle était libérée de l'entreprise. Le fait de se battre pour toucher son salaire la gardait active. Elle ne s'était pas laissé aller très longtemps. Le rapport du Dr D_____ l'avait surprise, car il ne correspondait pas à ce dont ils avaient discuté. Il disait qu'elle n'était pas apte à travailler car elle n'avait pas de garde pour ses enfants. Or, ce n'était pas le problème, sans salaire, elle ne pouvait pas payer quelqu'un pour garder sa fille. Son fils était déjà à la crèche.

- La représentante de l'intimée a indiqué que le Dr D_____ était un expert totalement indépendant de l'assurance et non un médecin-conseil. Ils avaient régulièrement recours à lui pour les expertises. Ils n'avaient pas eu tout de suite les informations, car le Dr C_____ ne leur avait transmis son rapport qu'en avril 2025. Il n'y avait pas eu de visite de l'assurance, mais ils avaient tenté de joindre la recourante à plusieurs reprises, avant de lui parler en mars, ensuite ils n'avaient plus eu d'informations jusqu'au 29 avril 2025. Le Dr F_____ n'avait rendu son rapport que le 11 juin 2025.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues

à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

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

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations d'assurance pour son incapacité de travail du 18 mars au 31 août 2025.

3.

3.1 L'art. 67 LAMal dispose que toute personne qui est domiciliée en Suisse ou y exerce une activité lucrative et qui est âgée de 15 ans au moins mais n'a pas atteint l'âge de 65 ans peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens des art. 2 al. 1 ou 3 de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSLAMal - RS 832.12) (al. 1). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective. Les assurances collectives peuvent être conclues par des employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes (let. a) ; organisations d'employeurs ou des associations professionnelles, pour leurs membres et les travailleurs de leurs membres (let. b) ; organisations de travailleurs, pour leurs membres (let. c) (al. 3).

Aux termes de 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. 1^{bis}). Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (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 doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours. L'art. 67 LPGA n'est pas applicable (al. 3).

L'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal est une assurance de perte de gain, et le droit aux indemnités journalières 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_131/2020 du 5 février 2021 consid. 3.2).

3.2 Conformément à 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. 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. L'art. 6 LPGA deuxième phrase codifie le principe de l'obligation de diminuer le dommage. Dans l'hypothèse où un assuré doit s'astreindre à changer de profession, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat - pendant lequel les indemnités journalières versées restent dues - pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi. Dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de l'administration doit en règle générale être considéré comme adéquat (arrêt du Tribunal fédéral 9C_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.4 et les références).

3.3 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

En règle générale, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418). Ainsi, 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 ; ATAS/700/2021 du 29 juin 2021 consid. 14 ; voir également ATF 143 V 409 consid. 4.5.2). 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 ; cf. ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a ; ATAS/856/2019 du 12 septembre 2019 consid. 6).

Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2).

Un expert psychiatre doit se voir reconnaître une certaine marge d'appréciation dans l'appréciation de l'incapacité de travail dès lors qu'une telle appréciation médicale est par essence en partie une question d'appréciation (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; 130 V 352 consid. 2.2.4).

3.4 Pour trancher le droit aux prestations, le juge a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le tribunal 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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_453/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur juge une expertise nécessaire dans le cadre de mesures d'instruction médicale, il en fixe le type selon les exigences requises. Trois types d'expertise sont possibles, une expertise monodisciplinaire, bidisciplinaire ou pluridisciplinaire (al. 1). Lorsqu'il communique le nom des experts, l'assureur soumet aussi aux parties les questions qu'il entend poser aux experts et leur signale qu'elles ont la possibilité de remettre par écrit des questions supplémentaires dans le même délai. L'assureur décide en dernier ressort des questions qui sont posées aux experts (al. 3).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Ces principes sont également applicables en matière de litiges portant sur le droit à des indemnités journalières selon la LAMal (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_838/2018 du 14 février 2019 consid. 2.2).

Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

4. En l'espèce, le contrat conclu entre l'employeur et l'intimée courant dès le 1^{er} janvier 2024 a pour objet la couverture des conséquences économiques d'une incapacité de travail ou de gain. Les Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal dans leur édition du 1^{er} janvier 2018 (CGA) font parties intégrantes du contrat. La police prévoit le versement d'indemnités journalières en cas de maladie correspondant à 80% du salaire durant 730 jours, avec imputation d'un délai d'attente de 14 jours.

Selon l'art. 10 al. 2 CGA, la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré à la fin du contrat de travail ou du contrat collectif. Toutefois, la couverture et le droit aux prestations sont maintenus pour l'incapacité en cours à la fin du contrat de travail, si le contrat collectif est en vigueur à cette date.

L'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières en se fondant sur les conclusions du Dr D_____, auquel elle avait demandé un avis médical et non une expertise. Lors de l'audience du 4 février 2026, la représentante de

l'intimée a indiqué que le Dr D_____ était un expert totalement indépendant de l'assurance, qui avait néanmoins recours à lui régulièrement. Cela étant, le rédacteur du rapport de visite du 20 mars 2025 indiquait qu'il se justifiait d'aviser le médecin-conseil du cas de la recourante dès lors qu'un arrêt d'un mois pour une grippe semblait long. Par ailleurs, force est de constater que les questions adressées au Dr D_____ ne prévoyaient pas d'anamnèse et portaient essentiellement sur les constats faits lors de l'examen de l'assurée par ce médecin ainsi que sur les diagnostics justifiant « actuellement » l'incapacité de travail. Aucune question n'était posée sur l'état de santé et les diagnostics qui auraient pu être posés sur la période passée, si ce n'est qu'il était demandé au médecin si l'évolution de la guérison jusqu'au jour de son examen permettait de conclure à l'observance thérapeutique nécessaire. Il était enfin demandé au Dr D_____ si d'autres renseignements médicaux ou le recours à un expert était nécessaire.

Il résulte de ce qui précède que les questions posées ne correspondent pas à une expertise complète et que c'était davantage un avis de médecin-conseil qui était demandé au Dr D_____ plutôt qu'une expertise indépendante au sens de l'art. 44 LPGA.

Le rapport établi par ce dernier ne contient pas d'anamnèse sérieuse et fonde ses conclusions sur les diagnostics et la capacité de travail uniquement sur la situation actuelle. Le Dr D_____ n'a pas commenté les conclusions du Dr C_____, qu'il a indiqué avoir tenté de contacter par téléphone sans succès, malgré plusieurs tentatives. Il n'a en outre pas essayé de contacter le psychiatre que la recourante avait annoncé consulter le lendemain de leur entretien, ce qui aurait été possible et justifié.

La chambre de céans constate que le Dr D_____ semble avoir examiné le cas de la recourante avec une certaine légèreté, sans prendre sérieusement en considération sa situation spécifique, qui n'était pas anodine. Elle a en effet expliqué avoir eu une succession de difficultés qui ont pu avoir un impact sur sa santé psychique. La recourante a expliqué qu'elle n'avait pas eu l'idée de consulter avant, pensant que cela allait passer. Elle n'a jamais eu de problème de dépression auparavant et semble avoir des ressources sérieuses, mais il apparaît, au vu de l'ensemble des circonstances alléguées, que son état psychique a pu être temporairement assez atteint pour l'empêcher de reprendre son travail à l'issue de son congé maternité.

Le bref avis complémentaire du Dr D_____ du 18 juillet 2025 n'est pas clair et suggère de manière spéieuse que la recourante ne lui aurait pas dit la vérité sur son rendez-vous du lendemain avec un psychiatre, en relevant que le rapport de ce dernier ne datait que d'un mois plus tard. Rien ne permet de faire douter des déclarations de la recourante à ce sujet, dès lors que le Dr F_____ n'a pas mentionné la date de son premier rendez-vous avec elle dans son rapport du 11 juin 2025, que cette dernière a confirmé à la chambre de céans avoir bien vu le Dr F_____ le lendemain de son rendez-vous avec le Dr D_____ et qu'il est

courant que les médecins ne rédigent pas leur rapport le jour-même de leur examen.

Il est également critiquable que le Dr D_____ relève le fait que le Dr F_____ avait fait un arrêt de travail jusqu'au 11 juin 2025, ce qui couvrirait la période de vacances de la recourante, laissant ainsi entendre qu'elle aurait eu des motifs non fondés de demander un arrêt de travail. Or, il ressort des faits que ce congé avait été fixé en accord avec l'employeur. De même dans son premier rapport, le Dr D_____ avait noté qu'elle lui avait déclaré être très fatiguée en précisant « qu'elle riait volontiers en déclarant cela », ce qui à nouveau suggère des doutes sur sa bonne foi ou sur l'intensité de sa fatigue, sans base sérieuse, le rire pouvant être un signe de nervosité ou de gêne.

Le Dr D_____ a contesté le diagnostic indiqué par le Dr F_____, notamment au motif qu'il était imprécis (épisode dépressif léger ou moyen ?). La chambre de céans constate que dans son rapport du 11 juin 2025, le Dr F_____ a posé le diagnostic provisoire d'épisode dépressif modéré, ce qui paraît non seulement clair mais cohérent avec le fait qu'il suivait la recourante depuis peu.

Les rapports du Dr D_____ sont ainsi peu probants et sérieusement remis en cause par les rapports de médecins traitants de la recourante. Le Dr C_____ a vu la recourante à plusieurs reprises pendant la période en cause, avant le début du suivi par le Dr F_____, de sorte que ses constats sont déterminants pour cette période. S'agissant du Dr F_____, il a posé des diagnostics psychiatriques et prescrit un antidépresseur, ce qui rend vraisemblable qu'il avait constaté un état dépressif d'une certaine intensité de la recourante.

Dans ce cas de figure, une expertise au sens de l'art. 44 LPGA doit en principe être ordonnée. Au vu de la période relativement courte de l'incapacité de travail invoquée par la recourante et attestée par ses médecins traitants, soit entre la fin de son congé maternité, le 18 mars jusqu'au 31 août 2025, la cause sera renvoyée à l'intimée pour éventuelle reconsidération du cas, ou pour mise en œuvre d'une expertise par un psychiatre indépendant.

5. Le recours est ainsi partiellement fondé. La décision querellée sera annulée et la cause sera renvoyée à l'intimée au sens des considérants.

Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure à la recourante, qui n'est pas assistée d'un conseil et qui n'a pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPGA).

La procédure est gratuite (art. 61 let. f bis *a contrario* LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 7 août 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimée au sens des considérants.
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

Janeth WEPF

Catherine TAPPONNIER

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