



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2068/2004

ATAS/341/2008

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 18 mars 2008

En la cause

X.

GENEVE

représentée par Syndicat SYNA, Monsieur Yves MUGNY,

demanderesse

contre

A.,

comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître  
Philippe GRUMBACH

défenderesse

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Evelyne BOUCHAARA, Juges assesseurs**

### EN FAIT

1. X. (ci-après : l'assurée ou la demanderesse), née en 1965, a travaillé dès le 1<sup>er</sup> février 2001 à O. en tant qu'aide-soignante. A ce titre, elle était couverte contre la perte de gain en cas de maladie par A.,  
assurance collective souscrite par l'employeur.
2. Le 1<sup>er</sup> février 2003, en raison de lombalgies apparues après avoir soulevé un patient la veille, elle a consulté son médecin-traitant, le Dr E., qui a attesté une incapacité de travail dès cette date.
3. Un scanner de la colonne lombaire pratiqué le 6 février 2003 a mis en évidence une protrusion discale en L4-L5 ainsi qu'une hernie discale en L5-S1 en contact avec la racine droite S1 qui était légèrement tuméfiée.
4. Le 24 février 2003, après avoir procédé à un examen tant neurologique qu'électroneuromyographique du membre inférieur droit, le Dr F., neurologue, n'a pas constaté de déficit neurologique au membre inférieur droit et a relevé, toutefois, l'existence de signes irritatifs sous forme de paresthésies intermittentes.
5. Le 22 mai 2003, lors d'un consilium, le Dr G., neurochirurgien, a fait état de quelques contractures paralombaires et a diagnostiqué une double discopathie L4-L5 et L5-S1 avec, sur ce dernier niveau, une hernie médiane ne nécessitant pas de chirurgie. Il a émis des doutes quant à la reprise d'une activité d'aide-soignante au regard de la présence des deux discopathies (cf. rapport du Dr H. du 29 mars 2004, p. 7).
6. Sur demande de A., le Dr I., spécialiste en médecine interne, a examiné l'assurée. Dans son rapport du 29 juillet 2003, il a diagnostiqué une pathologie mixte intriquée, à savoir un facteur physique objectif portant sur la colonne vertébrale et un facteur psychologique découlant probablement de la douleur chronique depuis cinq mois. Il a estimé que l'arrêt de travail était justifié, il a émis des réserves quant au pronostic de la reprise de l'activité professionnelle et a considéré comme probable qu'il y ait une évolution vers une affection chronique.
7. Dans son rapport du 26 novembre 2003, le Dr E., généraliste, a diagnostiqué un status post-lombalgie aiguë, un syndrome sciatique droit sur la base d'une hernie discale L5-S1 et une importante dépression réactionnelle. Il a estimé que la reprise du travail n'était pas envisageable pour le moment. Il a fait état de soins donnés par le Dr J., psychiatre et psychothérapeute.

8. Le 15 mars 2004, sur demande de A., le Dr H., chirurgien orthopédiste, a examiné l'assurée. Afin de mener à bien sa mission, il a fait procéder à des radiographies de toute la colonne vertébrale qui ont montré un petit pincement discal L5-S1 sans listhésis et un léger pincement des espaces intervertébraux L4-L5 et L5-S1. Dans son rapport du 29 mars 2004, il a précisé qu'il n'avait pas pu effectuer un examen orthopédique complet et correct en raison des mouvements de défense de la patiente. Il a diagnostiqué une discopathie L4-L5 et L5-S1 avec hernie discale médiane à large base ainsi que des troubles somatoformes douloureux. Il a estimé qu'il n'était pas possible de remettre la patiente au travail et a proposé la mise sur pied d'une expertise psychiatrique.
9. Dans son rapport du 9 mars 2004, le Dr K., spécialiste en médecine interne et médecin-conseil de l'employeur, a estimé que l'assurée n'était pas apte à exercer sa profession d'aide soignante probablement de façon définitive.
10. Le 20 avril 2004, A. a confié un mandat d'expertise au Dr L., psychiatre et psychothérapeute. Dans son rapport du 25 mai 2004, l'expert a diagnostiqué un trouble somatoforme indifférencié (F 45.1) et a conclu à la présence manifeste de symptômes d'exagération quant à l'intensité des troubles et à leur retentissement fonctionnel, soit à un diagnostic d'exagérations symptomatiques pour des motifs non médicaux (Z 76.2). Il lui a semblé que l'assurée n'avait pas de motivation à guérir, qu'elle ne prenait pas les traitements préconisés ainsi que cela ressortait des analyses sanguines et qu'elle ne faisait pas tous les efforts pour retrouver sa capacité de travail. Il a conclu à l'absence d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.
11. Par courrier du 14 juillet 2004, A. a informé l'assurée que les experts n'avaient pas d'argument pour justifier une incapacité de travail et qu'elle suspendait le versement de ses indemnités dès le 31 juillet 2004.
12. Dans son rapport du 24 août 2004, le Dr E. a mentionné un diagnostic de fibromyalgie. Il a précisé que l'état de la patiente s'était nettement péjoré en raison d'un important état anxio-dépressif qui l'avait amené à l'adresser au Dr J., psychiatre et psychothérapeute. Il a exposé qu'à la suite des expertises demandées par A., l'assurée avait tenté de reprendre le travail à 50% le 15 juillet 2004 et que, le jour-même, elle était revenue consulter en présentant une grande détresse psychique, raison pour laquelle il avait attesté une incapacité de travail entière dès le 16 juillet 2004.
13. Le 26 août 2004, l'assurée a contesté la suspension du versement des indemnités et a demandé la reprise immédiate du versement de ces dernières.
14. Dans son rapport du 27 août 2004, le Dr J. a précisé que l'assurée était en traitement chez lui depuis le 28 mai 2003 à un rythme bi-mensuel. Il a contesté les diagnostics posés par le Dr L. et a retenu un diagnostic de trouble

---

somatoforme douloureux persistant (F45.4). Il a indiqué que l'exagération dans la manifestation des plaintes entrainait dans le cadre des troubles somatoformes. Il a admis que les vertébralgies avaient provoqué un état dépressif réactionnel et a posé un diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21).

15. Le 8 septembre 2004, A. a demandé au Dr L. de préciser si les deux derniers rapports médicaux étaient susceptibles de modifier les conclusions de son rapport d'expertise.
16. Dans son courrier du 14 septembre 2004, le Dr L. a conclu à la mauvaise foi ou à l'ignorance du Dr E. au motif, notamment, qu'il n'était pas l'expert de la défenderesse et qu'il n'avait pas ordonné à l'assurée de reprendre une activité professionnelle. Il a relevé que le diagnostic de trouble somatoforme persistant n'existait pas et que le manuel sur lequel se basait le Dr J. était assez vague. Il a ajouté qu'il n'avait pas procédé à des examens psychologiques complémentaires, car il y avait suffisamment d'arguments pour parler d'exagération et de mauvaise volonté.
17. Le 20 septembre 2004, A. a répondu à l'assurée que sa décision reposait sur les rapports de deux experts ayant donné un avis neutre, non entaché d'une éventuelle subjectivité, et que tous les critères étaient réunis pour admettre la valeur probante de leur rapport. Elle a indiqué qu'elle ne reviendrait pas sur sa décision de suspendre ses prestations.
18. Par acte du 5 octobre 2004, l'assurée a saisi le Tribunal de céans en indiquant qu'elle n'avait pas d'autre possibilité que de recourir devant cette instance. Elle n'a pas pris de conclusions formelles.
19. Dans sa réponse du 25 novembre 2004, la défenderesse a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'irrecevabilité de la demande en raison de l'absence tant de l'indication de la qualité des parties que de motivation et de conclusions, subsidiairement à son rejet. Elle a soutenu sur la base des rapports d'expertise que les plaintes de la demanderesse n'étaient fondées ni sur le plan organique, ni sur le plan psychiatrique. Elle a ajouté que celle-ci ne prenait pas les traitements prescrits et ne participait pas à l'amélioration de sa santé pour autant qu'elle fût malade, ce qui l'autorisait à suspendre le paiement des prestations. Enfin, elle a requis un délai pour répondre sur le fond au cas où la demande serait jugée recevable.
20. Dans sa réplique du 17 décembre 2004, la demanderesse a conclu à la mise en œuvre d'une contre-expertise médicale et à la reprise du versement des indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> août 2004 et jusqu'au 31 janvier 2005 pour un montant total de 20'737 fr. correspondant à 6 mois de salaire à 80 %.
21. Par arrêt incident du 8 mars 2005, le Tribunal de céans a suspendu la procédure dans l'attente d'un jugement du Tribunal des conflits quant à sa compétence pour

---

juger des litiges en matière d'assurance complémentaire régie par la loi fédérale sur le contrat d'assurance privée (ci-après : LCA).

22. Le 13 octobre 2005, le Tribunal de céans a repris l'instance à la suite de l'arrêt rendu par le Tribunal des conflits en date du 26 août 2005 confirmant sa compétence en matière d'assurances complémentaires.
23. Dans sa duplique du 7 novembre 2005, la défenderesse a confirmé ses conclusions précédentes. Elle a contesté que l'assurance perte de gain contractée par l'employeur soit une assurance obligatoire. Elle a précisé que la suspension de ses prestations était également légitimée par l'absence de coopération de l'assurée lors des examens pratiqués par les experts. Elle a contesté la valeur probante des rapports des médecins-traitant et a prétendu que l'assurée exagérait ses troubles, voire les simulait.
24. Par arrêt du 10 janvier 2006, le Tribunal de céans a admis la demande et a condamné la défenderesse à payer à la demanderesse le montant de 20'911 fr. 60 correspondant à l'indemnité journalière due du 1<sup>er</sup> août 2004 au 31 janvier 2005 soit durant 184 jours. Il a considéré que l'appréciation de l'incapacité de travail faite par le Dr L. n'était pas pertinente car ce médecin n'avait pas adopté le comportement adéquat envers l'expertisée pour vaincre ses résistances et que les observations du Dr J. permettaient de douter de la valeur probante du rapport de l'expert. Il a constaté que le Dr H. ne se prononçait pas quant à l'existence d'une incapacité de travail due aux troubles objectivables et a estimé qu'une instruction complémentaire sous forme d'expertise judiciaire était superflue car un nouvel expert ne pouvait pas attester l'existence d'une incapacité de travail pour une période où il n'avait pas examiné la patiente.
25. Le 22 février 2006, A. a interjeté un recours de droit public devant le Tribunal fédéral contre cet arrêt au motif que le Tribunal de céans avait violé son droit d'être entendu, avait commis un déni de justice et avait constaté de façon arbitraire les faits pertinents en tant qu'aucun élément du dossier n'indiquait que le Dr L. avait adopté un comportement déplacé envers l'assurée. Elle lui a également fait grief d'avoir admis la valeur probante du rapport d'un médecin-traitant.
26. Dans un arrêt du 26 septembre 2006, le Tribunal fédéral a admis le recours et a annulé l'arrêt cantonal. Il a jugé que l'autorité cantonale avait fait preuve d'arbitraire en admettant l'inadéquation de l'attitude du Dr L. envers la demanderesse sans disposer d'éléments à ce sujet qui auraient été dûment établis en procédure et en retenant que ce médecin avait procédé à une appréciation juridique de l'incapacité de travail. Il a considéré que les rapports médicaux produits par l'assurée étaient entachés de sérieux défauts et que la motivation donnée par l'autorité cantonale pour dénier une valeur probante au rapport du Dr L.

ne résistait pas à l'examen. Il a observé que le motif pour lequel l'autorité cantonale avait refusé d'ordonner une expertise judiciaire apparaissait peu convaincant. Il a renvoyé la cause aux juges cantonaux pour nouvelle appréciation des preuves tenant compte des réserves de l'arrêt de renvoi.

27. Le 31 janvier 2007, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il reprenait l'instance.
28. Le 4 avril 2007, il a communiqué aux parties qu'il envisageait de mettre en œuvre une expertise rhumatologique pour évaluer l'existence d'une incapacité de travail postérieure au 1er août 2004 et leur a imparti un délai pour lui faire part de leurs questions complémentaires.
29. Dans son écriture du 3 mai 2007, la défenderesse a demandé que l'expertise soit confiée à un rhumatologue ainsi qu'à un psychiatre au regard du diagnostic de fibromyalgie et à la jurisprudence en la matière.
30. Pour sa part, la demanderesse n'a pas utilisé le délai qui lui a été accordé.
31. Par ordonnance d'expertise du 15 mai 2007, le Tribunal a considéré que les éléments médicaux au dossier étaient insuffisants pour statuer sur le droit de la défenderesse de mettre un terme à ses prestations au 31 juillet 2004 au motif, notamment, que le rapport d'expertise du Dr H. ne se prononçait pas sur l'existence d'une incapacité de travail en relation avec la discopathie en L4-L5 et L5-S1 avec hernie discale médiane à large base. Il a estimé nécessaire de confier un mandat d'expertise aux Drs M., rhumatologue, et N., psychiatre et psychothérapeute.
32. Le 14 juin 2007, le Tribunal a transmis le dossier aux experts pour la mise en œuvre de ladite expertise.
33. Le 29 juin 2007, le mandataire de la demanderesse a informé le Tribunal que sa cliente était retournée définitivement au Portugal et qu'elle demandait à être examinée par le Dr N. lors de son prochain séjour à Genève prévu le 5 septembre 2007.
34. Dans son rapport d'expertise communiqué au Tribunal le 3 octobre 2007, le Dr M. a mentionné les plaintes de la recourante consistant en douleurs lombaires basses irradiant dans les fesses et les jambes avec une augmentation des symptômes en fin de nuit accompagnée d'une raideur matinale. Lors de son examen clinique, il a constaté une raideur lombaire et dorsale ainsi que des douleurs lors de la mobilisation des sacro-iliaques, soit des symptômes évocateurs d'une maladie inflammatoire. Pour cette raison, il a fait procéder, le 5 septembre 2007, à une IRM des articulations sacro-iliaques qui a mis en évidence une sclérose floue bordant les versants iliaques avec irrégularité des surfaces articulaires évoquant le diagnostic de

sacro-iliite. Il a expliqué que cette maladie touchait des adultes entre 20 et 40 ans et que les études montraient que la grande majorité des malades étaient atteints avant 40 ans. Il a précisé que la maladie débutait par des lombalgies ainsi que des dorsalgies accompagnées d'une certaine raideur et que ce diagnostic pouvait être manqué au départ si les atteintes concernaient principalement le rachis sans toucher d'autres articulations. Il a relevé que les atteintes cliniques pouvaient se développer lentement sur plusieurs années de sorte qu'il n'était pas rare que ce diagnostic fût posé tardivement et qu'un autre diagnostic fût tout d'abord envisagé. Il a exposé que même si le dosage HLA-B27 était négatif, l'examen clinique ainsi que les plaintes de la patiente et le résultat de l'IRM permettaient de poser le diagnostic de spondylarthrite ankylosante séronégative présente très vraisemblablement depuis le 1<sup>er</sup> février 2003. Il a indiqué que l'examen des points douloureux pour une fibromyalgie permettait de retenir six points sur dix-huit ce qui était insuffisant pour poser ce diagnostic. Il a estimé qu'un travail de force ou obligeant des mouvements répétés du rachis était contre-indiqué et que, puisque le bon diagnostic n'avait pas été posé et que le traitement adéquat n'avait pas débuté, la patiente présentait une incapacité de travail de 100% après le 1<sup>er</sup> août 2004. Il a conclu que l'arrêt de travail à 100% était toujours valable durant les quatre mois pour lesquels l'assurée réclamait des prestations.

35. Dans son rapport d'expertise du 2 octobre 2007, le Dr N. \_\_\_\_\_ a indiqué que, lors de son examen, il n'avait pas constaté d'indices objectifs en faveur de troubles cognitifs (mémoire, attention, concentration), ni de manifestations d'ordre psychotique (idées délirantes, hallucinations, troubles du cours de la pensée et du langage). En définitive, sur la base de son examen clinique, il a retenu la présence d'un syndrome dépressif d'évolution chronique apparu en 2003 d'intensité actuelle modérée. En revanche, il n'a pas admis l'existence d'un syndrome somatoforme douloureux persistant au motif qu'un substrat organique expliquait les douleurs chroniques et qu'il n'y avait pas de contexte de conflits émotionnels ainsi que de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. Il a diagnostiqué une dysthymie (F. 34.1) et a conclu à l'absence d'une limitation significative de la capacité de travail aussi bien actuellement que postérieurement au 1<sup>er</sup> août 2004.
36. Le 9 octobre 2007, le Tribunal a communiqué ces deux rapports d'expertise aux parties et leur a imparti un délai pour se déterminer.
37. Dans son écriture du 11 octobre 2007, la demanderesse a indiqué qu'elle maintenait sa demande.
38. Dans ses conclusions sur expertise du 28 novembre 2007, la défenderesse a allégué que l'expertise du Dr M., \_\_\_\_\_ était incomplète au motif que ce médecin n'avait pas examiné les radiographies de toute la colonne vertébrale réalisées en mars 2004 dans le cadre du mandat d'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_ Elle a rappelé que ce

dernier interprétait ces radiographies comme montrant des articulations sacro-iliaques bien dessinées et sans signes dégénératifs. Elle a soutenu que les conclusions du Dr M. reposaient sur une simple hypothèse et un dossier incomplet de sorte qu'elles n'avaient pas de valeur probante, partant qu'il convenait de se baser sur l'expertise du Dr H. qui concluait à l'absence de cause physique justifiant une incapacité de travail. En revanche, elle a relevé que les conclusions de l'expertise psychiatrique confirmaient celles de l'expertise du Dr L. De plus, elle a précisé qu'elle n'avait pas versé ses prestations jusqu'au 31 juillet 2004, mais bien jusqu'au 31 août 2004, et que la demanderesse avait été licenciée par O. au 31 décembre 2004 de sorte que le versement des indemnités journalières aurait de toute façon pris fin au début de l'année 2005 au bout de 700 jours. Enfin, elle a allégué que la spondylarthrite ankylosante avait été constatée en octobre 2007 et qu'en 2004 la demanderesse ne souffrait nullement de cette maladie qui n'avait aucune influence sur la présente procédure. Elle a produit un rapport du Dr H. du 14 novembre 2007 considérant que le rapport d'expertise du Dr M. était très complet et qu'il ne lui appartenait de discuter ni son rapport, ni le diagnostic posé. Dans ledit rapport, le Dr H. s'est interrogé sur l'examen par le Dr M. des clichés radiographiques pris en mars 2004. Il a précisé qu'à cette époque, il n'avait pas trouvé de signes somatiques justifiant une incapacité de travail.

39. Le 30 novembre 2007, le Tribunal a demandé au Dr M. s'il avait tenu compte dans les conclusions de son expertise des radiographies pratiquées en mars 2004 sur demande du Dr H. et, dans la négative, si ses conclusions s'en trouvaient modifiées.
40. Dans son rapport du 17 décembre 2007, le Dr M. a indiqué qu'il n'avait pas tenu compte des radiographies de mars 2004 au motif qu'il ne les avait pas eues à disposition, mais qu'il ne remettait pas en question l'interprétation qu'en avait donnée le Dr H. Il a précisé qu'une radiographie normale des articulations sacro-iliaques ne permettait toutefois pas d'écarter le diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Il a produit trois extraits de la littérature médicale. Dans une étude publiée en octobre 2007 [Diagnosing early ankylosing spondylitis, 9(5) :367-74], les Drs P., Q. et R., rhumatologues à l'Université Charité-Campus Franklin à Berlin, indiquent que l'évolution de l'IRM a permis à cette imagerie de devenir le mode standard de détection de la sacro-iliite lors de sa manifestation précoce et qu'elle l'emporte clairement sur la scintigraphie qui a été le test standard sur écran pendant des années. Dans une autre étude publiée en juillet 2007 [The clinical utility of computed tomography compared to conventional radiography in diagnosing sacroiliitis. A retrospective study on 910 patients and literature review, 34(7) :1561-5], les Drs S., T. et U., radiologues à l'Hôpital universitaire Sahlgrenska à Gothenburg (Suède), exposent qu'ils ont procédé à une étude rétrospective de données cliniques sur une période de deux ans en comparant les rapports radiologiques des

radiographies et des CTscans. Les résultats de cette étude leur ont permis de conclure que l'utilité clinique des radiographies pour l'évaluation d'une sacro-iliite était limitée et que l'important taux de résultats erronés devait motiver le recours à l'imagerie par couches en raison de sa performance supérieure. Enfin, dans une étude de décembre 1996 [Magnetic resonance imaging (IRM) for detection of active sacroiliitis - a prospective study comparing conventional radiography, scintigraphy, and contrast enhanced MRI], les Drs D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7 et D8,

radiologues à l'Hôpital universitaire de Freiburg (Allemagne), après avoir procédé à des examens complets cliniques et de laboratoires, une scintigraphie sacro-iliaque et une IRM sur 44 patients, concluent que l'IRM est supérieure à la scintigraphie ou aux radiographies conventionnelles pour apprécier un changement actif dans la partie synoviale et dans la surface subchondriale de l'os. Sur la base de ces études, le Dr M. a conclu que les radiographies n'étaient que d'une faible utilité pour diagnostiquer une sacro-iliite et qu'à cette fin, il y avait lieu de privilégier l'IRM.

41. Le 17 janvier 2008, le Tribunal a communiqué ce rapport aux parties et les a informées que la cause était gardée à juger.

### EN DROIT

1. Le Tribunal de céans a déjà examiné la question de sa compétence et de la recevabilité de la demande dans son arrêt du 10 janvier 2006 de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ces points.
2. Est seule litigieuse l'incapacité de travail au-delà du 31 août 2004. En effet, il ressort des dernières pièces produites par la défenderesse qu'elle a versé ses prestations du 3 mars 2003 jusqu'au 31 août 2004. En conséquence, le présent litige porte sur le droit de la défenderesse à supprimer le versement des indemnités journalières à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2004.
3. Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal, les cantons prévoient une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 85 al. 2 LSA). Celui-ci est une autorité de première instance qui doit instruire l'action de l'assuré, en respectant les règles minimales de procédure prévues à l'art. 85 al. 2 LSA (VIRET, Le contentieux en matière d'assurance-maladie selon le nouveau droit, RJJ 1996, p. 199). Pour le surplus, il doit se conformer au droit cantonal applicable. Aux termes de l'art. 19 LPA sur renvoi de l'art. 89A LPA, le Tribunal cantonal des assurances sociales établit les faits d'office.

L'obligation pour le juge d'établir d'office les faits ne dispense pas les parties d'une collaboration active à la procédure. Il leur incombe de renseigner le juge sur les

faits de la cause et de lui indiquer les moyens de preuve disponibles (ATF 107 II 233 consid. 2c). Le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).

Comme l'a précisé le Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) dans sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves dans le domaine médical, le principe de la libre appréciation des preuves signifie que le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. (ATF non publié du 13 novembre 2007, 4A\_253/2007, consid. 4.2). En présence de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 ss consid. 3, ATF non publié du 12 juin 2007, 4A\_45/2007, consid. 5.1).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

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/bb et cc).

Une expertise n'a pas de valeur probante, si l'expert n'a pas répondu aux questions posées, si ses conclusions sont contradictoires ou si, de quelque autre façon, l'expertise est entachée de défauts à ce point évidents et reconnaissables, même sans connaissances spécifiques, que le juge ne pouvait tout simplement pas les ignorer (ATF non publié du 26 septembre 2006, 5P.76/2006, consid. 2.1).

Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATA/143/1999).

4. La demanderesse conteste la suppression du versement de l'indemnité journalière dès le 1<sup>er</sup> août 2004, alors que la défenderesse, sur la base des expertises des Drs H. et L., considère que l'assurée ne présente aucune incapacité de travail au-delà du 31 août 2004.

L'employeur en tant que preneur d'assurance et la défenderesse en qualité d'assureur ont conclu un contrat collectif d'indemnités journalières selon la LCA. Par cette convention, la demanderesse était couverte pour le risque de perte de gain dû à la maladie. Il s'agit d'une assurance au profit de tiers (cf. art. 18 al. 3 LCA), qui confère un droit propre au bénéficiaire (i.e. le travailleur) contre l'assureur en vertu de l'art. 87 LCA (ATF non publié du 12 septembre 2007, 4A\_179/2007, consid. 4.2).

S'agissant d'un contrat soumis à la LCA, il convient en premier lieu de déterminer si, sur la base des conditions convenues, on est en présence d'une incapacité de gain (cf. STOESSEL, Commentaire bâlois, n. 6 ss ad art. 3 LCA; RVJ 1996 p. 257 consid. 8a).

La police d'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie, datée du 23 décembre 2002, prévoit une couverture d'assurance du personnel de l'entreprise du 1<sup>er</sup> janvier 2002 au 31 décembre 2004. Quant aux prestations assurées, elle précise qu'il s'agit d'une indemnité journalière perte de gain en cas de maladie correspondant à 80% du salaire durant 700 jours par cas d'assurance, avec délai d'attente de 30 jours par cas d'assurance et couverture intégrale. En outre, elle mentionne que les conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) 2000 sont applicables.

Selon les CGA (édition 2000) régissant l'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie de A., la maladie est toute atteinte involontaire à la santé physique ou psychique constatée par un médecin qui n'est

pas la conséquence d'un accident (art. B1.1). Il y a incapacité de gain temporaire lorsqu'à la suite d'une maladie, la personne assurée est incapable, à raison d'au moins 25%, d'exercer son activité professionnelle au sein de l'entreprise assurée (art. B2.1 par. 1). L'indemnité journalière est servie pour chaque jour d'incapacité de gain temporaire dûment constatée par un médecin ; son montant dépend du degré d'incapacité de gain. Pour les travailleurs au bénéfice d'une couverture intégrale, l'indemnité journalière est servie entièrement, sous réserve de prestations de tiers, à partir d'une incapacité de gain de 66 2/3% (art. C1). Pour chaque personne assurée, la couverture d'assurance cesse : a) avec l'extinction du contrat, b) lorsque la personne assurée sort du cercle des personnes assurées, c) au terme d'un contrat de travail saisonnier, d) en cas de retraite anticipée, à la sortie de l'entreprise assurée, e) à l'atteinte de l'âge de la retraite AVS, f) à l'épuisement de toute la durée de prestation convenue dans le contrat. L'assurance cesse également lorsque la durée de prestation a été épuisée pour un seul cas de maladie (art. E1.2).

En l'espèce, il ressort clairement des CGA qu'il y a incapacité de gain lorsque l'assuré est totalement ou partiellement incapable d'exercer son activité professionnelle. Par conséquent, il y a lieu de déterminer si c'est à juste titre que la défenderesse a supprimé ses prestations dès le 1<sup>er</sup> septembre 2004 au motif qu'il n'existait plus d'incapacité de travail.

5. Dans son rapport d'expertise reçu le 3 octobre 2007, après avoir procédé à une anamnèse et enregistré les plaintes de l'expertisée, le Dr M. constaté à l'examen clinique une raideur lombaire et dorsale ainsi que des douleurs lors de la mobilisation des sacro-iliaques évocatrices d'une atteinte de ces articulations dans le cadre d'une maladie inflammatoire. Afin d'actualiser le dossier radiologique, le 5 septembre 2007, il fait procéder à une IRM des articulations sacro-iliaques qui met en évidence une sclérose floue bordant les versants iliaques avec irrégularité des surfaces articulaires desdits versants évoquant le diagnostic de sacro-iliite. Il expose que même si le dosage HLA-B27 est négatif, l'examen clinique ainsi que les plaintes de la patiente et le résultat de l'IRM permettent de poser le diagnostic de spondylarthrite ankylosante HLA-B27 séronégative. Il estime que, dans le cas de la demanderesse âgée de 38 ans au début de l'histoire clinique, il est très vraisemblable que la maladie soit présente depuis février 2003. Il considère que l'incapacité de travail à 100% a persisté au-delà du 31 juillet 2004 au motif que la patiente ne pouvait pas reprendre le travail tant que le bon traitement n'avait pas débuté.

Les précisions apportées par le Dr M. sur la description et l'appréciation des interférences médicales sont suffisamment claires pour apprécier la situation de la recourante. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé et sur la capacité de travail. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes, en tant que, notamment, il explique pourquoi il fait remonter le début de la spondylarthrite ankylosante séronégative à février 2003 en raison de la difficulté à poser ce

diagnostic, de l'absence d'examens radiologiques des articulations sacro-iliaques et de l'âge de la patiente. En outre, l'expert a répondu à toutes les questions et aucune contradiction ne ressort de ses conclusions. Par conséquent, son rapport remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et ATF déjà cité 5P.76/2006 consid. 2.1).

Pour sa part, dans son rapport du 14 novembre 2007 relatif à cette expertise, le Dr H. relève que les plaintes sont approximativement les mêmes que celles qu'il avait notées le 15 mars 2004 mais que l'examen clinique s'est déroulé dans des conditions très différentes puisque le Dr M. a pu examiner la patiente beaucoup plus précisément et complètement que lui-même. Il précise qu'il ne lui appartient pas de discuter le rapport et le diagnostic du Dr M. Au sujet de savoir si la spondylarthrite ankylosante s'est déclarée entre 2004 et 2007, il rappelle que les radiographies du rachis lombaire effectuées en mars 2004 montrent des articulations sacro-iliaques bien dessinées et sans signe dégénératif. Il se demande si le Dr M. a vu ces clichés ce qui permettrait peut-être d'éclaircir la question de la période d'apparition de cette affection.

Interrogé sur ce point par le Tribunal de céans, le Dr M. explique, dans son rapport du 17 décembre 2007, que les radiographies normales des articulations sacro-iliaques ne permettent pas d'écarter le diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Il joint à son rapport trois études médicales récentes qui démontrent très clairement que les radiographies conventionnelles utilisées pour mettre en évidence une spondylarthrite ankylosante donnent lieu à de nombreuses erreurs et que la radiologie par IRM est nettement plus fiable pour poser un tel diagnostic de sorte que les radiographies ne sont que d'une faible utilité pour diagnostiquer une sacro-iliite.

Par conséquent, le fait que le Dr M. n'ait pas tenu compte des radiographies effectuées en 2004 ne permet pas de contester son appréciation quant à la date d'apparition de la spondylarthrite ankylosante dont souffre la demanderesse et à son effet sur l'incapacité de travail présentée à l'échéance contractuelle du versement des indemnités journalières. Contrairement à ce qu'allègue la défenderesse, l'expertise du Dr M. n'est pas incomplète pour ce motif. En effet, à partir du moment où le Dr H. n'a pas constaté d'anomalies des articulations sacro-iliaques à la lecture des radiographies de mars 2004 et que le Dr M. ne conteste pas l'interprétation donnée par le Dr H. à ces radiographies, il était inutile que le Dr M. réexaminât ces dernières pour poser son diagnostic puisque la science médicale admet que les radiographies conventionnelles ne permettent pas de constater un changement actif dans la partie synoviale et dans la surface subchondriale de l'os, partant de mettre en évidence une spondylarthrite ankylosante. Au contraire, dans la mesure où la science médicale admet que l'IRM est le mode standard de détection de la sacro-iliite et que le dossier de la

demanderesse ne contenait pas une telle imagerie, le Dr M. est le seul médecin à avoir fait compléter les documents radiologiques à disposition en faisant procéder à une IRM de sorte qu'on ne peut pas lui reprocher d'avoir procédé à une expertise incomplète. Au surplus, dans son rapport du 14 novembre 2007, le Dr H. considère que le rapport d'expertise du Dr M. est très complet ce qui infirme la thèse de la défenderesse.

La défenderesse allègue que la spondylarthrite ankylosante a été constatée en 2007 et que la demanderesse ne souffrait pas d'une telle affection de 2004 jusqu'en octobre 2007 de sorte que l'admission de ces troubles par le Dr M. dès janvier 2003 ne repose que sur une simple hypothèse qui n'a aucun véritablement fondement factuel. Les allégués de la défenderesse ne sont nullement étayés par des pièces médicales. En effet, dans son rapport du 14 novembre 2007, le Dr H. a expressément précisé qu'il ne lui appartient pas de discuter le rapport et le diagnostic du Dr M., ce qui implique également qu'il ne souhaite pas s'exprimer sur l'appréciation par l'expert de l'incapacité de travail et les explications qui ont permis à ce dernier de conclure à la présence de la spondylarthrite ankylosante depuis février 2003. Lorsque la défenderesse prétend que l'appréciation du Dr M. repose sur une simple hypothèse, elle omet de mentionner que l'expert a clairement indiqué que la spondylarthrite ankylosante est présente très vraisemblablement depuis le 1<sup>er</sup> février 2003. Cette précision démontre qu'il ne s'agit nullement d'une simple hypothèse car, dans ce cas, l'expert se serait exprimé en termes de simple possibilité. Par ailleurs, dans son argumentation, la défenderesse ne tient pas compte des explications convaincantes données par le Dr M. pour motiver la présence de la spondylarthrite ankylosante depuis le 1<sup>er</sup> février 2003.

En définitive, aucun des allégués de la défenderesse ne permet de douter de la valeur probante du rapport du Dr M. et de son appréciation d'une incapacité de travail entière après le 31 août 2004 jusqu'au terme de l'obligation contractuelle du versement de l'indemnité journalière de sorte qu'il remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

6. Etant donné que les autres médecins qui ont examiné la demanderesse n'ont pas diagnostiqué de spondylarthrite ankylosante alors que cette affection explique les douleurs dont elle souffre et son incapacité de travail, force est de reconnaître que les rapports des médecins-traitant et du Dr H. n'ont pas de valeur probante. De plus, il n'est pas nécessaire d'examiner la valeur probante des rapports des psychiatres dans la mesure où ces spécialistes n'ont pas retenu de troubles psychiques incapacitants et que l'existence d'un substrat organique expliquant les troubles de la demanderesse exclut le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant ainsi que l'explique avec pertinence le Dr N. dans son rapport d'expertise du 2 octobre 2007.

7. Il reste à examiner jusqu'à quand la demanderesse a droit à la poursuite du versement de l'indemnité journalière de 119 fr. 60. La défenderesse a débuté ses versements à partir du 3 mars 2003 et y a mis un terme au 31 août 2004, ce qui représente, selon son dernier décompte, l'indemnisation de 548 jours. Etant donné que le contrat d'assurance prévoit le versement maximum de 700 indemnités, la défenderesse est tenue de poursuivre son versement pendant 152 jours (700 - 548) soit jusqu'au 30 janvier 2005. Le fait que la demanderesse ait été licenciée par son employeur avec effet au 31 décembre 2004 n'a pas d'incidence sur l'obligation de la défenderesse dès lors que l'art. E1.3 CGA spécifie que si, au moment de l'extinction de l'assurance selon l'art. E1.2a ou b, une personne assurée est déjà au bénéfice d'indemnités journalières, celles-ci lui seront versées également après cette date, au maximum toutefois pendant la durée de la prestation convenue et dans la mesure où l'incapacité de gain atteint au minimum 25% sans interruption. Cette disposition statutaire correspond au principe qui veut que, dans l'assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA, si le sinistre survient pendant la période de couverture, l'assureur doit verser les prestations convenues jusqu'à épuisement, aussi longtemps qu'elles sont justifiées selon les clauses conventionnelles ; la seule limite que connaisse la couverture réside non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues (MEUWLY, La durée de la couverture d'assurance privée, thèse Fribourg 1994, p. 185).

Par conséquent, étant donné qu'après le 31 décembre 2004, la demanderesse présentait une incapacité de gain de 100%, la défenderesse est tenue de verser ses prestations jusqu'au terme des 700 jours convenus et doit être condamnée à verser 152 indemnités journalières supplémentaires. Il ressort du dernier décompte de la défenderesse qu'au moment de l'arrêt de son versement, le 80% de l'indemnité journalière s'élevait à 119 fr. 60, de sorte que le montant total dû par la défenderesse est de 18'179 fr. 20 (152 x 119.60).

8. Au vu de ce qui précède, la demande doit être partiellement admise. La demanderesse obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 89H al. 3 LPA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare la demande recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Condamne la défenderesse à payer à la demanderesse un montant de 18'179 fr. 20.
4. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse une indemnité de 1'500 fr. 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 auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal Fédéral 29, Case postale, 1000 Lausanne 14), 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); 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

  
Marie-Louise QUELOZ

La Présidente

  
Doris WANGELER

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées par le greffe le **28 MARS 2008**

M-H. C. 

