

**TRIBUNAL DES ASSURANCES**

---

Présidence de Mme T H A L M A N N, juge

Membres : MM. Berthoud et Zbinden, assesseurs

Greffier : M. Addor, greffier

\*\*\*\*\*

**Jugement du 22 avril 2008**

dans la cause

X., représentée par l'avocate  
Séverine Berger, à Lausanne, demanderesse,

contre

A., (ci-  
après : A., l'assureur ou la caisse), à Lausanne, défenderesse.

---

**En fait :**

A. La demanderesse, X., née en 1959, ouvrière auprès d'Y. dès 2001, était assurée auprès de B. Assurances au titre d'un contrat d'assurance-maladie collectif soumis à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA) souscrit par son employeur (police n° 899.774). Cette police prévoyait la couverture de 80 % du salaire en cas d'incapacité de travail dès le 4<sup>e</sup> jour pendant 727 jours. Elle était régie par les Conditions générales d'assurance MC 97 (ci-après : CGA), dont la clause A8 chiffre 3 prévoit que la garantie cesse notamment à la fin des rapports de travail. En outre, selon la clause A8 chiffre 4, lorsque la garantie prend fin, les maladies qui donnent déjà droit à une indemnité vont, en priorité, à charge de tout assureur avec lequel il existe une convention de libre passage, les maladies étant, à défaut, encore indemnisées pendant 180 jours dès la fin de la garantie (sous réserve notamment d'épuisement antérieur du droit aux prestations). Enfin, la clause B1 chiffre 1 prévoit que l'indemnité journalière est payée lorsque l'assuré est totalement ou partiellement incapable de travailler (au moins 25 %).

La défenderesse, A., a repris de B. Assurances l'entier des droits et obligations découlant de la police en question.

B. Une incapacité de travail totale a été annoncée à l'assureur dès le 26 juin 2004. Dans son rapport du 23 juillet 2004, le Dr E., médecin traitant, pose les diagnostics de cervico-dorso-lombalgie de surcharge, diabète type II et obésité. Il indique que ces symptômes sont liés au travail d'ouvrière d'usine de l'assurée.

A. a requis l'avis du Dr F., interniste FMH, qui a été établi le 27 septembre 2004 sur la base d'un examen du même jour. Ce praticien a posé le diagnostic de maladie anxieuse et dépressive de degré moyen avec probables somatisations. Il n'observe à ce jour

aucune affection psychique, métabolique ou rhumatologique susceptible d'empêcher une reprise professionnelle à 50 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2004, puis à 100 % à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005.

La demanderesse n'a néanmoins pas repris le travail. Elle a débuté un traitement le 1<sup>er</sup> décembre 2004 auprès du service psychosocial du canton de Fribourg, qui a établi un rapport le 14 février 2005, posant le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et dorsalgies. Il estime l'incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> décembre 2004 jusqu'à fin février 2005, à réévaluer à partir de cette date-là. Le diagnostic psychiatrique était celui d'"épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques F 32.3".

L'assureur a alors mandaté le Dr G., psychiatre FMH, pour expertise, lequel a remis son rapport le 15 juillet 2005, fondé sur des examens des 27 mai et 1<sup>er</sup> juin 2005, ainsi que des tests psychométriques des mêmes jours, le tout en présence d'un interprète indépendant. Il a posé le diagnostic sur l'Axe I DSM d'"état dépressif de gravité légère à moyenne sans symptômes psychotiques. Non ou très mauvaise observance au traitement (...)".

Il relève notamment ce qui suit :

*"(...) Le tableau clinique est dominé par une symptomatologie somato-psychique caractérisée par un sentiment de tristesse, d'abattement, manque de plaisir, de motivation, des soucis récurrents face à l'état de santé de son fils. X. déclare avoir perdu le goût à la vie, de manquer d'entrain et se dit vite irritable, tolérant mal le bruit par exemple. X. se plaint de troubles de l'endormissement en raison de son activité cérébrale, de ses maux de tête. Le sommeil est jugé comme peu réparateur avec des réveils fréquents plutôt au motif de ses céphalées. L'appétit paraît relativement conservé, elle aurait fait un régime pour perdre du poids pour améliorer son diabète. Elle signale une baisse notable de la libido. X. fait état de céphalées fréquentes, fatigabilité, plaintes somatiques mais qui ne prennent pas ici une teinte hypocondriaque.*

*Du point de vue anxieux, nous n'avons pas les critères suffisants pour évoquer un trouble de l'anxiété généralisée ou un trouble panique tels que définis par le DSM-IV. Nous ne relevons pas de phobie simple, de claustro-agoraphobie, de phobie du sang, de phobie sociale, ni de trouble obsessionnel compulsif. Nous n'avons aucun argument en faveur d'un état de stress post-traumatique. (...).*

Nous ne mettons pas en évidence de signes et symptômes de la lignée psychotique, en particulier délire, trouble formel ou logique de la pensée. Interrogée à plusieurs reprises sur ce sujet, X. ne paraît jamais avoir présenté d'hallucinations auditives, cinesthésiques ou visuelles (...)."

A la suite de l'entretien qu'il a eu avec l'assurée, le Dr G. constate ce qui suit :

"(...) D'un point de vue psychopathologique, X. présente actuellement une symptomatologie dépressive relativement atypique car tantôt elle peut paraître assez abattue et lorsqu'elle est en présence de son mari qui, pour le surplus, s'exprime la plupart du temps à la place de son épouse qui ne fait qu'acquiescer les propos de ce dernier. A ce titre, nous notons déjà que les problèmes linguistiques de l'assurée ont probablement dû rendre difficile l'évaluation clinique de la part des médecins traitants qui ne bénéficiaient probablement pas d'un interprète indépendant. Il existe des signes de la lignée dépressive sous forme d'un manque de motivation, d'une attitude assez passive, régressive au domicile familial. Néanmoins l'attitude change quand l'assurée n'est pas en présence de son époux, elle paraît plus réactive, moins apathique. Nous retrouvons plusieurs éléments discordants contradictoires au niveau anamnestique lorsqu'elle est seule ou en présence de son époux. A ce titre, notons que X. a déclaré à plusieurs reprises, tout comme son époux, prendre régulièrement son traitement antidépresseur d'Efexor ER – à 7h. 30 le matin qui serait donné par sa belle fille – alors que nos examens paracliniques démontrent au minimum une très mauvaise observance, ceci d'ailleurs expliquant peut-être cela. Dans ce cas, nous pouvons évoquer un **état dépressif de gravité légère à moyenne et ce sans symptômes psychotiques**. En effet, l'examen effectué avec un interprète indépendant ne permet pas de retenir cette hypothèse. Même actuellement et ce sans traitement de Zyprexa® (taux plasmatique par ailleurs nul) il n'y a pas d'éléments présents parlant en faveur de symptômes psychotiques, ni précédemment d'ailleurs. Il n'y a aucun délire clairement structuré ou d'attitude paranoïde, de phénomène d'automatisme mental ou hallucinations (...)."

Après avoir démontré la non ou très mauvaise observance au traitement (Efexor® ER, Zyprexa®), l'expert conclut que

"(...) des motifs qui sortent largement du champ médical et qui s'inscrivent dans une inadaptation socio-culturelle et professionnelle expliquent pour l'essentiel l'importance des plaintes et du handicap subjectif allégué. En effet, dans ce type de situations, il serait vain d'attendre que X. puisse reprendre son activité professionnelle par de simples mesures incitatives car les bénéfices secondaires semblent par trop importants. Il s'agit dans ce type de situation de fixer des limites, que ce soit à ses espoirs de guérison "totale" ou sa dispense de ses obligations professionnelles. Pour notre part, X. doit être considérée comme apte à travailler à plus de 75 % dans son ancienne activité, éventuellement par souci de gain de paix dès le 1.2.2005 au plus tard (évaluation du CPS) (...)."

A. a pris en charge une incapacité totale, versant les indemnités journalières correspondantes, dès le 26 juin 2004 jusqu'au 31 octobre 2004, suivie d'une incapacité de 50 % du 1<sup>er</sup> novembre 2004 au 28 février 2005, aucune prestation n'étant allouée à compter du 1<sup>er</sup> mars suivant.

Les médecins du service psycho-social du canton de Fribourg ont établi un rapport médical le 3 octobre 2006 dont il résulte que l'assurée a séjourné à l'hôpital de Marsens du 7 au 29 avril 2005 où le diagnostic d'un épisode dépressif avec symptômes somatiques et diabète de type II a été posé. Les praticiens indiquent qu'à la suite de cette hospitalisation, il n'y a eu qu'une amélioration partielle et passagère de l'état de l'intéressée et avoir posé le diagnostic d'un état dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques. Ils estiment l'incapacité de travail totale dès le 1<sup>er</sup> décembre 2004.

C. X., représentée par l'avocate Séverine Berger, a ouvert action devant le Tribunal des assurances par demande du 24 octobre 2006, en concluant, avec suite de dépens, au versement de 32'998 fr. 30 en capital, représentant les indemnités journalières pour une incapacité totale dès le 1<sup>er</sup> novembre 2004, plus intérêts à 5 % l'an dès le 31 mars 2005.

Dans sa réponse du 6 décembre 2006, la défenderesse A. a conclu au rejet de la demande.

Dans sa réplique du 5 mars 2007, la demanderesse a requis une expertise psychiatrique. Elle a produit un certificat de son médecin traitant, le Dr H., délivré le 15 février 2007. Il en ressort qu'elle est traitée par ce praticien pour un diabète de type II et par le service psycho-social du canton de Fribourg à Bulle pour une dépression chronique. Selon le praticien prénommé, l'incapacité de travail paraît entière, "sous réserve d'une confirmation psychiatrique".

Par duplique du 26 mars 2007, la défenderesse a maintenu les conclusions prises dans son mémoire de réponse. Elle rappelle en substance que l'expertise réalisée par le Dr G. est des plus explicites et que le certificat médical établi par le Dr H. n'est pas de nature à venir en aide à la demanderesse. A. s'oppose donc à ce qu'une nouvelle expertise soit mise en œuvre.

D. Le dossier de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg a été produit. Il comporte notamment un rapport du 13 mai 2005 signé par le Dr I. et la Dresse J. à la suite du séjour de la demanderesse à l'Hôpital psychiatrique du canton de Fribourg à Marsens du 7 au 29 avril 2005. Ces praticiens indiquent avoir été consultés le 5 avril 2005, la demanderesse ayant été frappée le 30 mars 2005 par son fils autiste. Elle se plaignait de céphalées, douleurs cervicales, vertiges et présentait un hématome péri-orbital et des oedèmes de la région frontale gauche. Une hospitalisation dans un hôpital somatique lui a été proposée pour investigation, puis elle a été transférée en milieu psychiatrique. Les médecins ont diagnostiqué un épisode dépressif avec symptômes somatiques (F 32.11) ainsi qu'un diabète de type II. Ils notent que l'assurée est sous traitement de Zyprexa et Paroxétine-Mepha mais que celui-ci est sans effet et qu'il a été remplacé par de l'Efexor ayant permis une évolution favorable avec augmentation de l'estime de soi, de l'énergie et une amélioration du sommeil. Le status à l'entrée est celui d'un discours cohérent, sans trouble de la fonction cognitive. Par ailleurs, le cours de la pensée ne met pas en évidence d'éléments de la ligne psychotique. Ils observent que la patiente est molle, dépressive, triste et qu'elle pleure pendant l'entretien, qu'elle souffre de troubles du sommeil et de manque d'appétit. L'assurée se dit en outre très pessimiste et pense même à se suicider même si elle n'a pas d'idée suicidaire actuellement. Les praticiens prénommés ne se sont en revanche pas prononcés sur la capacité de travail.

Dans un rapport du service psycho-social, du 15 décembre 2005, établi par les Drs K. et L., une

incapacité totale de travail a été reconnue à l'assurée du 1<sup>er</sup> décembre 2004 au 16 novembre 2005, date à laquelle elle doit être réévaluée. Un épisode dépressif sévère ayant une répercussion sur la capacité de travail a notamment été diagnostiqué (F 32.2). Ils notent que lors du status du 1<sup>er</sup> décembre 2004, la patiente se plaint d'une très importante fatigue, de tremblements, d'une grande faiblesse. Elle évoque des idées suicidaires, un sentiment de tension et d'irritabilité. Elle se plaint également de difficultés à contrôler sa colère, d'un retrait et signale des voix qui lui disent qu'elle va devenir autiste comme son fils cadet. Le 13 octobre 2005, elle se plaint de nervosité, d'irritabilité, de douleurs, en particulier de la tête, de troubles du sommeil majeur, de vertige, d'inappétence avec perte pondérale. S'agissant des constatations objectives, les praticiens prénommés notent qu'elle présente une attitude abattue et ne répond que par des phrases courtes aux questions posées par son fils. Lors de l'examen du 30 novembre 2005, elle est plus présente durant l'entretien mais devient vite irritable. Les plaintes sont superposables aux entretiens précédents. Le pronostic est réservé chez cette patiente qui vit dans un contexte d'acculturation et de dépendance majeure liée à sa famille, et qui n'est visiblement pas en mesure de surmonter un état dépressif, certainement lié à une maladie très grave de son fils qu'elle n'est probablement pas en mesure de comprendre et qui est de plus décompensée depuis six mois.

Dans un rapport du 31 octobre 2006, le Service médical régional du canton de Fribourg (ci-après : SMR FR), sous la plume du Dr M., contredit l'avis des médecins du service psycho-social exprimé dans leur rapport du 15 décembre 2005. Il diagnostique en effet un état dépressif de gravité légère à moyenne sans symptômes psychotiques ainsi qu'une personnalité à traits de fonctionnement passifs-dépendants, la capacité de travail étant entière dans l'activité antérieure ainsi que dans toute activité légère sans port de charges lourdes. Se fondant sur les données médicales au dossier, le Dr M. relève une attitude discordante de l'assurée très passive en la présence de son mari mais plus réactive devant un interprète indépendant. Il souligne l'importance

des plaintes et du handicap subjectif de l'assurée avec une attitude régressive dans son environnement socioculturel, par une inadaptation socio-culturelle et professionnelle. Il relève qu'elle présente un état dépressif léger à moyen, avec somatisations sous forme de douleurs diffuses sans substrat organique retrouvé, et une personnalité à traits de fonctionnement passifs-dépendants, atteintes qui ne sont pas reconnues comme invalidantes par les experts. Il indique que l'assurée est représentée comme abattue au mois d'octobre 2005, et comme irritable le 30 novembre 2005. Le caractère sévère de l'état dépressif n'est donc basé que sur les plaintes et ne peut donc être retenu sans argument. La Dresse N. précise également l'attitude paradoxale de l'assurée dans les constatations objectives, qui effectivement n'est pas collaborante. L'attitude de l'assurée n'indique à aucun moment la volonté de valoriser sa capacité de travail. Le Dr M. conclut que le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec une évolution de plus de 6 mois et à l'origine d'une incapacité totale de travail dans le cadre d'une aggravation prolongée, ne peut donc pas être retenu.

Par projet de décision du 2 mars 2007, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, motif pris de ce que l'assurée ne présente pas un taux d'invalidité ouvrant droit à une rente au sens de la loi.

Les parties se sont déterminées à son sujet. Si la demanderesse n'a pas de déterminations particulières à formuler, la défenderesse relève en revanche, par écriture du 11 juin 2007, que la position de l'assurance-invalidité rejoint la sienne, en ce sens qu'elle considère que l'intéressée est à même d'exercer une activité à plein temps du type de celle qu'elle avait auprès de l'entreprise Y. et qu'il n'y a au surplus pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise.

E. Par décision incidente du 9 juillet 2007, confirmée par jugement incident du Tribunal de céans du 30 août 2007 (cause n° AMC 25/07 inc. – 17/2007), le Juge instructeur a refusé de donner suite à la requête

d'expertise, au motif que le dossier est suffisamment instruit sur le plan médical.

### **E n d r o i t :**

1. a) Dans un arrêt S. P. contre B. Assurances, du 24 juin 1998 (JdT 1999 III 106), la Chambre des recours du Tribunal cantonal a statué que doit être considérée comme une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale au sens de l'article 12 alinéa 2, 1<sup>ère</sup> phrase, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (ci-après : LAMal) toute assurance d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail due à une maladie, qu'elle complète ou non l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des articles 67 et suivants LAMal, dans la mesure où elle couvre un risque identique et garantit des prestations de même nature que celle-ci; il importe peu qu'elle soit pratiquée par une compagnie d'assurances privée ou par une caisse-maladie au sens de l'article 12 alinéa 1<sup>er</sup> LAMal (JdT 1999 III 106, consid. 4 et 5, confirmé par Ch. rec., arrêt S. c. B., du 2 février 2000, n. 31/2000; cf. aussi Fonjallaz, Compétence et procédure en matière de contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, in JdT 2000 III 79 ss, et les références citées; Ritter, Le contentieux de l'assurance-maladie privée en cas de perte de gain : Droit fédéral et compétences cantonales, in Colloques et journées d'étude 1999-2001, éditions IRAL, Lausanne 2002, pp. 757 ss, spéc. 763 ss).

Un recours en réforme interjeté par B. Assurances contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral (TF) a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la IIe Cour civile (réf. 5C.26/1999).

b) Abstraction faite du régime transitoire de l'article 102 alinéa 2 LAMal, qui n'est pas en cause ici, les assurances complémentaires sont soumises, en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal, au droit privé, soit à la LCA.

S'agissant désormais d'un contentieux de droit privé, et non plus de droit administratif, la procédure applicable n'est plus celle du recours, mais celle de l'action (art. 85 de la loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance [LSA]; ATF 124 III 44, JdT 1998 I 377; ATF 123 V 324, consid. 3a, RAMA 1998 KV 22 p. 49; Spira, Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire, in Revue suisse d'assurances [RSA] 1995, pp. 192 ss, spéc. ch. 5, p. 198).

**c)** Pour ce qui est de la compétence ratione loci de la juridiction de céans, eu égard au lieu de résidence fribourgeois de la demanderesse, il doit être relevé que l'article F 3 des CGA applicables au contrat ici en cause comporte une prorogation de for en faveur du juge vaudois.

La cause relève du Tribunal des assurances selon le décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 (RSV 2.2 D; JdT 1999 III 106, consid. 4 et 5). La valeur litigieuse est supérieure à 8'000 francs.

**2.** Le présent litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre ou non que la défenderesse a mis fin à la date du 1<sup>er</sup> mars 2005 au versement de l'indemnité journalière pour perte de salaire octroyée à la demanderesse dès le 26 juin 2004, en se fondant sur le rapport de l'expert G. du 15 juillet 2005. En d'autres termes, il s'agit d'examiner la question de la capacité de travail de l'assurée.

**3. a)** Le contrat d'assurance est conclu par l'acceptation de la proposition d'assurance par l'assureur dans le délai légal ou le délai plus court fixé par le proposant (Viret, Droit des assurances privées, 2<sup>e</sup> éd., Zurich 1985, p. 79).

A la différence de la couverture des soins de l'assurance-maladie sociale, les assurances-maladie complémentaires ne sont pas régies exhaustivement par la loi; elles relèvent, avec les restrictions propres au droit du contrat d'assurance régi par la LCA, du principe de la liberté contractuelle, qui implique non seulement la liberté de contracter ou

de ne pas contracter, mais aussi d'aménager le contenu des rapports contractuels (Viret, Droit des assurances privées, op. cit., pp. 19 ss; Viret, Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, in Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, éd. IRAL, Lausanne 1997, pp. 669 ss., spéc. p. 673).

Dans la pratique, les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance; elles se subdivisent en conditions générales (art. 3 al. 2 LCA, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007, [RO 2005, 5245, 5250]) et en conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Viret, Recueil de travaux, op. cit., p. 673). L'assureur peut les modifier en préservant les droits de l'assuré selon l'article 35 LCA, étant en outre précisé que la LCA comporte des dispositions impératives (art. 97) et des dispositions qui ne peuvent être modifiées au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit (art. 98).

A teneur de l'article 33 LCA, sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque.

**b)** En matière d'assurances sociales, le juge examine de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décide si les documents à disposition permettent de trancher la question litigieuse. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'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, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées et, enfin, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3a et les réf.; RAMA 2000 n° KV 124 p. 214). Au demeurant, l'élément déterminant la valeur probante d'une pièce n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a et les références).

Les expertises confiées à des médecins spécialistes extérieurs dans le cadre d'une procédure administrative, qui établissent leur rapport sur la base d'examens et d'observations approfondis et après avoir pris connaissance des dossiers et qui parviennent à des résultats concluants dans leurs commentaires des résultats, bénéficient de force probante intégrale pour l'appréciation des preuves, à moins qu'il n'existe des indices concrets mettant en cause leur crédibilité (RAMA 1993 n° U 167 p. 96 consid. 5a et les références citées).

Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera, dans le doute, en faveur de son patient (ATF 124 I 175, consid. 4 et les références citées). Quant aux expertises des parties, le seul fait que le document ait été commandé par une partie et produit dans la procédure ne permet pas d'avoir des doutes quant à sa force probante (RCC 1986 p. 200 consid. 2a in fine).

En ce qui concerne l'importance à accorder aux rapports médicaux dans le domaine des assurances sociales, des exigences sévères doivent toutefois être posées quant à l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 161, consid. 1c, cité in VSI 2001 p. 106).

Cette jurisprudence est applicable par analogie en matière d'assurance-maladie complémentaire (cf. TAss VD, F. c. S. jugement n° AMC 11/03 – 1/2005, du 25 novembre 2004).

4. a) *Sur le plan physique*, le Dr F. a estimé entière la capacité de travail de la demanderesse dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005. Le dossier ne comporte aucun avis médical infirmant cette appréciation. Il n'y a donc lieu de retenir aucune incapacité de travail sur le plan physique dès cette date.

b) *Sur le plan psychique*, l'expertise G. ne comporte aucune lacune. En particulier, elle énonce l'anamnèse de l'expertisée, les diagnostics et les constatations, ainsi que leurs effets sur la capacité de travail, pour la période qui est ici litigieuse. En outre, elle prend expressément position quant à l'avis des médecins du service psycho-social. L'expert G. explique en effet ne pas partager l'hypothèse d'un état dépressif majeur avec syndromes psychotiques dès lors qu'un examen clinique et une anamnèse attentive en présence d'un interprète indépendant lui a permis de penser avec une forte probabilité que la demanderesse n'a probablement jamais eu de symptômes dits de la lignée psychotique. Il ajoute que la différence d'appréciation entre le médecin traitant et le médecin expert s'explique déjà par l'attitude assez démonstrative de la demanderesse, notamment en présence de son époux, ce dernier s'exprimant le plus souvent à la place de son épouse. L'expert expose également que des motifs qui sortent largement du champ médical et qui s'inscrivent dans une inadaptation socio-culturelle et professionnelle expliquent pour l'essentiel l'importance des plaintes et du handicap subjectif allégué. Par ailleurs, le Dr M. du SMR FR, explique également qu'il ne peut suivre la Dresse N. dans son rapport du 15 décembre 2005, postérieur à l'expertise, indiquant une incapacité de travail de 100 % en particulier dans les suites de l'hospitalisation à Marsens pour péjoration de l'état de santé depuis le mois de mars 2005 avec un épisode dépressif sévère. Il relève que la psychiatre du service psycho-social du canton de Fribourg n'indique dans

ses constatations objectives aucun élément clinique précis du fait de l'absence de contact direct avec l'assurée, sa famille se chargeant d'expliquer les plaintes à sa place, qu'elle est en outre représentée comme abattue (position de régression vis-à-vis de sa famille qui avait été retrouvée à l'expertise) au mois d'octobre 2005 avec son fils, et comme irritable le 30 novembre 2005 avec sa fille. Il observe que le caractère sévère de l'état dépressif n'est ainsi basé que sur les plaintes de l'intéressée et ne peut donc être retenu sans argument. Au reste, dans son rapport du 3 octobre 2006, la Dresse N. n'apporte pas d'éléments objectifs nouveaux à ses précédents rapports. Quant au certificat du Dr H. du 15 février 2007, il apparaît singulièrement concis et réservé. Enfin, l'hospitalisation en milieu psychiatrique, due à une agression de la demanderesse par son fils autiste, semble avoir été faite plus à des fins d'observation que thérapeutiques.

Au surplus, on ne saurait soutenir que la présence d'un interprète indépendant a faussé l'appréciation de l'expert. En effet, c'est bien plutôt le défaut d'interprète qui aurait entravé la compréhension entre expertisée et expert. Il en va d'autant plus ainsi que, lorsque l'assurée a été examinée par l'expert en présence de son époux, celui-ci s'est massivement immiscé dans la relation avec le Dr G., à telle enseigne que les propos de l'intéressée ont été différents en l'absence de son conjoint (cf. rapport d'expertise du 15 juillet 2005, p. 16).

L'expertise du Dr G. remplit les conditions posées par la jurisprudence rappelée sous considérant 3b ci-dessus et a ainsi pleine valeur probante.

En conséquence, il y a lieu de retenir les conclusions de l'expert, selon lesquelles la capacité de travail est de plus de 75 % dans l'ancienne activité, éventuellement par souci de gain de paix dès le 1<sup>er</sup> février 2005 au plus tard.

La défenderesse ayant versé des prestations jusqu'à la fin du mois de février 2005, il apparaît que la demanderesse a été largement indemnisée, même si l'on tient compte de l'hospitalisation à Marsens.

5. En définitive, au vu de l'ensemble des considérations qui précèdent, la demande se révèle mal fondée et doit donc être rejetée.

**Par ces motifs,  
le Tribunal des assurances  
p r o n o n c e :**

- I. La demande est rejetée.
- II. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

La présidente :



Pour Le greffier :



**Du 15 AOUT 2008**

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié aux parties par l'envoi de photocopies.

Si la valeur litigieuse n'atteint pas 30'000 fr., le présent jugement peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal cantonal dans les dix jours dès sa notification, en déposant au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant les conclusions en nullité ou les conclusions en réforme dans les cas prévus par la loi.

Si la valeur litigieuse s'élève au moins à 30'000 fr., le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des articles 72 et suivants de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF – RS 173.110). Même lorsque la valeur litigieuse minimale n'est pas atteinte, le recours est recevable si la contestation soulève une question juridique de principe (art. 74 al. 2 litt. a LTF). Cas échéant, le jugement peut faire l'objet d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des articles 113 et suivants LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la notification de l'expédition complète (art. 100 al. 1er LTF).

L'article 100 alinéa 6 LTF est réservé.

Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 49 al. 2 LSA).

Pour Le greffier :



PHOTOCOPIE CERTIFIÉE  
CONFORME À L'ORIGINAL

Le greffier:

