

TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de M. B A U D, juge

Membres : Mme de Haller et M. Schmutz, assesseurs

Greffier : M. Kramer, greffier

* * * * *

Jugement du 16 décembre 2008

dans la cause

X., demanderesse,
représentée par l'avocate Colette Lasserre Rouiller, à Lausanne,

contre

A., Société d'assurances S.A. (ci-après : A.
) , à Berne, défenderesse, représentée par l'avocat Bernard
Geller, à Lausanne.

E n f a i t :

A. X., née le 18 décembre 1945, a exercé de manière indépendante la profession de médecin-dentiste, à ..., depuis 1983. Dans le cadre de cette activité, l'intéressée était assurée auprès de la A. contre la perte de gain en cas de maladie, les accidents professionnels, non professionnels et les maladies professionnelles et avait également conclu une assurance ... Le contrat d'assurance pour la perte de gain en cas de maladie, valable pour la période du 1^{er} juillet 2005 au 31 décembre suivant, prévoyait que le salaire annuel assuré de X. s'élevait à 150'000 fr. et que l'indemnité journalière se montait à 80% du salaire journalier, le délai d'attente étant de 30 jours par cas d'assurance et la durée des prestations de 730 jours dans un délai de 900 jours.

Le 13 décembre 2005, X. a exposé à A. qu'elle résiliait pour le 31 octobre précédent son assurance perte de gain en cas de maladie, l'assurance-accidents LAA et l'assurance ... en raison de la cessation définitive d'activité de son cabinet dentaire.

Dans un certificat médical, daté du 20 mars 2006, le Dr E. spécialiste FMH en dermatologie et vénéréologie, a fait état de ce qui suit:

- X. est en incapacité de travail totale depuis le 1^{er} septembre 2005, pour une durée indéterminée, en raison d'un eczéma de contact allergique aux résines acryliques;
- en juin 2005, est apparue une pulpite des trois premiers doigts de la main gauche, avec extension aux ongles, s'aggravant. Il existe un lien temporel évident avec l'activité professionnelle. Les tests épicutanés sont clairement positifs pour l'éthylène glycol-diméthacrylate et pour le méthacrylate;

- il n'a pas revu X. depuis le 7 octobre 2005;

- s'agissant du pronostic, l'assurée présente une inaptitude définitive à exercer des travaux l'exposant aux acrylates (= "composite" des résines dentaires). Ainsi, toute activité sans exposition aux acrylates est exigible.

Par "Déclaration de maladie" du 30 juin 2006, X. a informé A. qu'elle était en incapacité de travail depuis le 1^{er} septembre 2005.

Dans un rapport du 4 octobre 2006, le Dr F. médecin généraliste et médecin traitant de l'assurée, a indiqué, pour l'essentiel, que le diagnostic était celui d'état dépressif et de burn-out, justifiant une incapacité de travail totale dans l'activité de dentiste pour une durée indéterminée; que le traitement avait débuté en 1998; qu'actuellement X. présentait une agressivité, une irritabilité, une anhédonie et une intolérance au stress, les troubles psychiques s'étant manifestés progressivement. Il était par ailleurs précisé que l'allergie aux "composites" et la dépression empêchaient la reprise du travail.

Le 16 octobre 2006, A. a exposé à l'assurée que son cas avait été accepté et que, par conséquent, les indemnités journalières pour la période du 1^{er} octobre 2005 au 30 septembre 2006 lui avaient été versées.

La Dresse G. psychiatre psychothérapeute FMH et psychiatre traitant de l'assurée, a établi un rapport le 20 décembre 2006, dont il ressort pour l'essentiel ce qui suit:

- en 1980, au début de sa carrière, l'assurée présentait déjà un état dépressif, ayant peur de ses patients et craignant d'aller travailler ou de tuer quelqu'un par sa faute. Depuis 1997, l'intéressée est suivie par

son médecin généraliste avec un traitement antidépresseur et anxiolytique;

- les symptômes actuels subjectifs sont les suivants: transpiration, "les cheveux mouillés toute la journée"; s'énerve pour un rien, désagréable au téléphone et au contact de tiers, agressive, peur dans la foule et en général peur de tout. Les plaisirs se limitent à manger et à regarder la télévision. Parfois, l'assurée ne sort pas de son appartement durant toute une semaine. Elle en arrive à détester les gens, "fatiguée du matin au soir", "mal partout", "abattue", "envie de rien", "aucun intérêt";

- l'assurée présente ainsi un état dépressif sévère, de même qu'une boulimie l'obligeant à manger jusqu'à se sentir rassasiée, ce qui la rassure et l'aide à s'endormir le soir;

- en outre, X. – ne supportant plus les individus et étant désagréable avec son environnement – se renferme sur elle-même et s'isole dans son appartement. Elle précise qu'elle n'a aucune patience et qu'elle devient vite agressive devant toute demande ou contrariété;

- l'intéressée est irritable, nerveuse, colérique et ne supporte aucun bruit, en particulier celui des fraises et les cris des patients dans le cabinet dentaire. En outre, le fait qu'elle se demande pourquoi se lever le matin relève également de l'état dépressif;

- durant les périodes d'isolement dans son appartement, accompagnées de repli sur soi devant la télévision, l'assurée remplit son vide intérieur et calme ses angoisses profondes par l'ingestion de quantités importantes de nourriture. Actuellement, elle pèse 90kg pour une taille de 1m78;

- X. n'a aucun intérêt pour quoi que ce soit et n'a aucune joie. Elle avoue avoir des idées noires, n'ayant plus aucune envie

de se battre. Elle pensait que se tuer en voiture serait une solution pour abréger cette vie trop difficile pour elle, mais elle est retenue par l'amour qu'elle porte à son fils;

- les palpitations et la transpiration abondante sont dues aux troubles neurovégétatifs dans le cadre du syndrome de burn-out. La nervosité excessive et l'envie d'étrangler les gens peuvent également être mises sur le compte de ce syndrome, mais sont également en rapport avec la structure anankastique. Le syndrome de burn-out peut aussi engendrer une tendance à s'isoler et à ne pas se trouver bien parmi les gens, un repli sur soi et une absence de vie associative;

- l'intéressée prend des décisions qui lui sont défavorables et non adéquates par rapport aux circonstances, notamment dans le cadre de la fermeture de son cabinet dentaire. Ces décisions "bizarres" peuvent être provoquées par le syndrome dépressif, mais aussi par la personnalité anankastique. En effet, l'assurée, qui est également rigide, reconnaît être têtue et avoir de la difficulté à accepter ce que les autres lui disent;

- après 27 ans de pratique en tant que médecin-dentiste, le fait que l'intéressée désire vivre "sans responsabilité" plaide pour un état dépressif, mais également pour un trait de la personnalité anankastique. Actuellement, X. se sent bien seulement si elle fait la vaisselle ou son ménage, refusant toutes autres activités, devenant agressive, ce dont elle se rend compte;

- selon l'assurée, il lui est tellement difficile de supporter les gens que, lors des déplacements en voiture, face aux différentes incorrections des autres conducteurs, elle a envie de les écraser. Ce fait révèle la nervosité de l'intéressée, mais aussi la froideur de la personnalité anankastique;

- X. ne lit pas de journaux, car elle n'arrive pas à se concentrer et n'a pas d'intérêt pour les actualités;

- en ce qui concerne une reprise de l'activité professionnelle, l'intéressée s'y refuse catégoriquement, étant incapable d'assumer une quelconque responsabilité. Elle affirme qu'avant la fermeture du cabinet, il lui arrivait d'avoir des crises de tremblements, qui pouvaient durer environ 10 minutes, si un patient était mécontent. Elle était obligée de sortir de la consultation et de prendre un calmant avant de recommencer à travailler;
- le diagnostic est celui de syndrome de burn-out (Z73C), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F 33.2), de personnalité anankastique (F 60.5), de troubles mentaux et troubles du comportement, liés à l'utilisation du tabac, justifiant une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée;
- au vu des observations cliniques, de l'analyse des faits et du refus catégorique de la patiente de reprendre son activité professionnelle en raison de son incapacité à l'assumer pour cause de maladie, il est proposé d'accepter la situation telle quelle, bien que particulière, et il est estimé que l'arrêt de travail de 100% pour une durée indéterminée est justifié.

Mandaté en qualité d'expert par A., le Dr H., spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a examiné l'assurée, le 1^{er} février 2007, et consigné dans un rapport, du 5 février suivant, les observations faites en ces termes:

Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail

Aucun

Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F 33.10)

Appréciation du cas et pronostic

X. ne présente pas de personnalité pathologique selon les critères de la CIM-10. La Dresse G. retient le diagnostic de personnalité anankastique (obsessionnelle-compulsive). Bien que, selon l'assurée, elle fût plutôt ordonnée et méticuleuse dans le passé, l'intéressée explique que cette tendance était présente uniquement dans le cadre professionnel. A l'anamnèse dirigée, l'expertisée ne présente pas de prudence ou de doutes excessifs, ni de perfectionnisme au point d'entraver l'achèvement des tâches. Elle n'est pas exagérément préoccupée par les règles, les inventaires ou l'ordre. Elle présente cependant une rigidité et insiste souvent pour qu'autrui se conforme à sa façon de faire. En conséquence, même si des traits de personnalité anankastique sont constatés, il n'y a pas d'éléments suffisants pour poser le diagnostic de trouble de la personnalité. En tout état de cause, les traits anankastiques de l'expertisée (entêtement, insistance pour qu'autrui se conforme à sa façon de faire) ne sont pas incapacitants.

X. a présenté un premier épisode dépressif en 1979, qui a duré quelques mois, et qui s'est résolu avec la prise d'anxiolytiques (lorazépam, Temesta; clobazam, Urbanyl).

En 1997, X. décrit l'apparition d'une agressivité et explique qu'elle ne supportait plus les gens, en particulier les patients qu'elle n'appréciait pas. Son médecin traitant lui a prescrit un traitement antidépresseur de fluoxétine (Fluctine) ainsi que du "lithium homéopathique". Lors de cet épisode, il n'y a pas eu d'hospitalisation en milieu psychiatrique, ni de suivi ambulatoire et l'intéressée n'a pas interrompu son activité professionnelle.

A l'automne 2006, l'assurée consulte la Dresse G., en raison d'une irritabilité accompagnée d'agressivité, d'une fatigue, de troubles de l'appétit et de la présence d'idées de mort furtives. Le traitement de fluoxétine (Fluctine), qui avait été pris en permanence

depuis 1997, a été remplacé par du citalopram et le bromazépam (Lexotanil) par du diazépam (Valium). Avec ce traitement, l'assurée, quoique décrivant son état comme globalement stationnaire, dit s'énerver un peu moins et être "en paix à la maison".

X. présente donc un trouble dépressif récurrent. Actuellement, l'humeur est modérément déprimée, avec une augmentation de la fatigabilité (critères 1 et 3 de B. vérifiés). Le critère 2 de B. (anhédonie) n'est pas retenu, l'assurée mentionnant des activités qui lui procurent du plaisir (musique, jeux électroniques, conduite de la voiture, rencontre avec son fils). Il est en outre fait état d'une diminution de l'estime de soi, d'idées autour de la mort, d'une agitation, de troubles du sommeil ainsi que d'une augmentation de l'appétit (critères 1, 3, 5, 6 et 7 de C. vérifiés). L'épisode actuel est donc de sévérité moyenne. Par ailleurs, il s'agit d'une dépression agitée, avec une importante composante anxieuse.

Parmi les symptômes potentiellement limitatifs pour l'exercice de l'activité professionnelle, la diminution de l'énergie, qui se manifeste par une fatigabilité, n'est pas suffisamment marquée pour entraver la capacité de travail, ce qui se vérifie à l'analyse du déroulement du quotidien (présence de plusieurs activités pendant la journée: nettoyage, courses, préparation des repas, travail administratif, jeux électroniques, rencontres avec des amis). Il n'y a pas de diminution de la volonté dans le sens d'un renoncement à toute activité (par exemple X. se force à effectuer le travail administratif; le fait qu'elle ne veuille plus exercer son activité professionnelle n'est pas le reflet d'une diminution de la volonté mais d'un dégoût pour l'activité professionnelle). Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur. L'assurée fait état de troubles de la concentration. Lors de l'examen du 1^{er} février 2007, il n'a toutefois pas été objectivé de troubles de la concentration, dans la mesure où l'assurée a compris et a répondu sans hésitation ou temps de latence accru aux questions qui lui étaient posées et ceci pendant toute la durée de l'entretien (2h). Le visionnement de films, le fait d'effectuer le travail

administratif, de jouer à des jeux électroniques et la lecture de magazines vont à l'encontre de la présence de troubles de la concentration cliniquement significatifs. Il n'a pas non plus été objectivé de troubles formels de la mémoire à court terme ou à long terme; les oublis mentionnés par l'assurée sont banals. L'anxiété qu'elle présente n'est pas psychiquement déstructurante. Enfin, la dépression de l'intéressée s'accompagne d'une forte irritabilité. Cet aspect n'est pas limitatif pour l'exercice de l'activité professionnelle, dans la mesure où l'assurée ne se sent pas irritable vis-à-vis des patients qu'elle apprécie (l'assurée a le choix de ses patients) et il ne semble pas qu'elle se soit emportée vis-à-vis des personnes qu'elle soignait. De surcroît, l'irritabilité est la manifestation d'une angoisse sous-jacente; elle est accessible à un traitement psychotrope (anxiolytique). Ainsi, X. explique qu'avec la modification du traitement psychotrope (passage du romazéпам, Lexotanil, au diazépам, Valium) elle se sent moins irritable. Enfin, lors de l'entretien du 1^{er} février 2007, il n'y a eu aucune manifestation d'agressivité, ce qui montre que cet aspect est accessible à la volonté. En d'autres termes, on peut raisonnablement exiger de la part de l'assurée qu'elle fournisse l'effort pour surmonter ses manifestations agressives.

Depuis 1997, X. se soumet à un traitement de "lithium homéopathique". La dose est effectivement très réduite (0,2796 mg/2 ml). Il a un effet calmant et n'a pas été mis en place comme stabilisateur de l'humeur. En tout état de cause, l'anamnèse dirigée exclut toute manifestation maniaque ou hypomane dans le passé (absence d'élation de l'humeur, d'hypersexualité, de dépenses inconsidérées, d'une réduction du besoin de sommeil ou d'idées de grandeur) et donc d'un trouble bipolaire.

Un trouble mental organique a également été exclu (thyroïdite de Hashimoto) en raison d'une substitution adéquate confirmée par des contrôles réguliers (dernier contrôle en janvier 2006).

Les sudations que relève l'assurée depuis l'automne 2005 sont attribuées par elle-même à la ménopause. Il est possible que cet état ait accentué l'épisode dépressif actuel, mais il n'en est pas la cause principale (préexistence d'épisodes antérieurs).

En résumé, il s'agit d'une personne qui présente un trouble dépressif récurrent, dont l'épisode actuel est de sévérité moyenne. Les éléments constitutifs sont insuffisamment marqués pour être limitatifs dans l'exercice de l'activité professionnelle. Les traits de personnalité anankastique ne justifient pas une réduction de la capacité de travail. Dans le rapport médical de la Dresse G. du 20 décembre 2006, les signes cliniques constatés (pt. 2, p. 2) ne permettent pas de poser le diagnostic d'épisode actuel sévère. En outre, les raisons pour lesquelles la Dresse G. retient une diminution de la capacité de travail ne sont pas compréhensibles. En effet, le "refus catégorique" de X. de reprendre son activité professionnelle ne peut être considéré comme un élément incapacitant.

Réponses aux questions

- il existe une différence entre les constatations objectives et le comportement subjectif de l'assurée. En effet, X. relate sa souffrance avec une insistance dramatique. Toutefois, en substance, il n'y a pas d'éléments suffisamment marqués pour être limitatifs dans l'exercice de l'activité professionnelle;

- dans le rapport de la Dresse G., il ne ressort pas pour quelles raisons l'assurée est incapable de travailler. Ceci, ajouté au fait que, jusqu'à ce jour, l'amélioration n'est qualifiée que de légère par l'intéressée, fait douter qu'une incapacité de travail ait été justifiée dans le passé. A l'avenir, dans la mesure où la symptomatologie restera identique, une incapacité de travail n'est pas justifiée;

- le traitement actuel doit être continué. L'amélioration sur le plan de l'anxiété (qui va de pair avec l'hostilité, la tension interne et l'irritabilité) par un traitement biologique est délicate en ce sens qu'elle peut mener à une dépendance aux anxiolytiques benzodiazépiniques. Un essai peut être effectué à l'aide d'anxiolytiques non benzodiazépiniques (chloprothixène, Truxal; lévomépromazine, Nozinan; buspirone, Buspar). Un tel traitement risque cependant de se heurter au problème de la prise de poids, qui est un effet secondaire possible du chlorprothixène (Truxal) et de la lévomépromazine (Nozinan);

- à l'aide d'un traitement psychothérapeutique et biologique bien mené, un effondrement dépressif avec l'apparition d'une symptomatologie sévère peut être évité.

Dans un courrier du 12 février 2007, A. a exposé à X. que, selon l'expertise réalisée par le Dr H., un arrêt de travail n'était pas justifié et que l'exercice d'une activité professionnelle adaptée pouvait être exigée. Dans ces conditions, X. était considérée comme capable de travailler en plein dès le 1^{er} octobre 2006. Il était en outre recommandé à l'assurée, du fait qu'elle se trouvait sans emploi, de s'annoncer immédiatement à l'assurance-chômage.

A la suite du séjour de X., du 27 février au 28 mars 2007, à la Clinique ..., Unité de psychiatrie, à Gland, les Dresses I. et J., respectivement chef de clinique et médecin responsable de service, ont établi un rapport, le 20 avril 2007, dans lequel elles font état des constatations suivantes:

- le diagnostic est celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré avec symptomatologie somatique, de personnalité anankastique à traits obsessionnels, de trouble anxieux mixte (F 41.3), de trouble alimentaire de type hyperphagie (F 50.8), d'hypothyroïdie traitée (sur thyroïdite de Hashimoto), d'emphysème pulmonaire et de tabagisme chronique;

- il est fait état de troubles de la concentration et de troubles mnésiques. Il n'existe pas de troubles du cours ou du contenu de la pensée, ni d'éléments florides de la lignée psychotique. L'assurée présente un surpoids. Le discours est cohérent; l'intéressée s'exprime volontiers, avec par moments, une tendance à la logorrhée;

- la thymie apparaît modérément déprimée. X. se plaint de fatigue et de fatigabilité. Une aboulie, une adynamie, une anhédonie, un manque d'envie, de motivation et une altération importante de l'estime de soi sont constatés. L'intéressée a tendance à se replier sur elle-même, à ne plus voir personne, à se réfugier chez elle. Elle décrit un sentiment de colère, une intolérance au bruit, une irritabilité et une tension interne parfois importante avec sensation de boule à l'estomac et des palpitations lorsqu'elle se trouve avec d'autres personnes et, à plus forte raison, dans la foule;

- il existe une hyperphagie, la patiente se sentant rassurée seulement lorsqu'elle a l'estomac plein, avec une prise de poids relativement importante. Le sommeil est assez bien conservé, avec toutefois des difficultés d'endormissement et un sommeil non réparateur. L'assurée se plaint également de douleurs multiples. Il n'y a pas d'idéation suicidaire;

- la thérapie a visé à diminuer les jugements sur soi, la culpabilité, augmenter la prise de conscience de soi et de son corps (changement de l'image de soi) avec une meilleure tolérance à la détresse pour éviter des répercussions sur ses relations avec les autres (agressivité, colère);

- X. se décrit comme une femme solitaire, fuyant volontiers les contacts sociaux. Elle aime rester seule à la maison malgré la crainte de retomber parfois dans un cercle vicieux (solitude, fuite, isolement social) et de vivre toujours de la même façon, incapable de s'occuper d'elle-même et de ses affaires (tâches administratives). Elle

admet que probablement son comportement est une façon de retrouver son identité, d'être soi-même, surtout avec sa famille, ayant l'impression d'avoir toujours joué un rôle dans son cercle social, se montrant une personne très active, sûre d'elle-même, heureuse et sans problème, indépendante, qui prend toujours la bonne décision, capable de vivre sans aucune aide. Maintenant, l'assurée constate que jouer ce rôle implique beaucoup d'efforts et qu'elle vit seule dans son appartement pour éviter d'être confrontée à sa propre agressivité. La routine du travail lui a permis de construire une façade vis-à-vis des autres, donnant l'image que "tout va toujours bien". Son irritabilité a été croissante suite à sa retraite. Elle a aussi précipité son arrêt de travail, avec la fermeture de son cabinet et la vente du mobilier, dû à sa maladie dépressive avec des difficultés à s'occuper de ses propres patients (difficultés de concentration, diminution de la qualité de son travail arrivant à la frustration et ressentiment d'inutilité);

- un travail a été effectué sur l'importance de sa persévérance dans la confrontation aux événements de la vie, essayant d'identifier les pensées automatiques dans le but de les relativiser;

- l'échelle de Hamilton a donné un score de 20, lors de l'admission de l'intéressée, et de 8 à la sortie. Dans l'ensemble, il a été constaté une évolution favorable, mais fragile.

Le 5 mai 2007, la Dresse G. a pris position sur l'expertise réalisée par le Dr H. de la manière suivante:

- selon l'expert, l'assurée présente des traits anankastiques (obsessionnels-compulsifs) qui ne sont pas limitatifs pour l'exercice de l'activité professionnelle. Or, les médecins de la Clinique ... ont posé le diagnostic de personnalité anankastique à traits obsessionnels;

- l'expert ne pose qu'un seul diagnostic, ce qui est largement infirmé par les sept diagnostics retenus par les médecins de la Clinique ..., auxquels la Dresse G. adhère entièrement;

- selon l'expert, il n'y a pas d'éléments suffisamment marqués pour limiter l'exercice de l'activité professionnelle. En fait, les diagnostics émis représentent, par les symptômes qu'ils englobent, des limitations pour l'exercice de l'activité professionnelle;

- l'expert conclut que "dans la mesure où la symptomatologie restera identique, un arrêt de travail n'est pas justifié". Le Dr F. et la Dresse G. sont d'un avis contraire. En effet, les symptômes ainsi que les effets secondaires des antidépresseurs et des autres psychotropes prescrits ne peuvent être pris à la légère. Ils ont indéniablement des incidences au moins sur la cognition, sinon sur la précision et la coordination des mouvements. Ces aspects peuvent avoir d'importantes conséquences sur les patients de l'assurée;

- en ce qui concerne la thérapie, de par le contenu de sa réponse, l'expert exprime la difficulté de traiter l'intéressée pour la guérir. Il souligne de plus que les effets secondaires des médicaments qu'il propose ont pour conséquences une augmentation du poids, ainsi que d'autres effets secondaires connus, interférant avec le travail intellectuel et manuel d'un dentiste, puisqu'ils agissent sur la cognition et la vigilance et altèrent ainsi nécessairement la qualité du travail;

- s'agissant du pronostic, il est souligné qu'un effondrement de l'état de l'intéressée peut intervenir à tout moment, malgré le traitement, étant donné la fragilité de la malade.

Interpellé par A., le Dr H. s'est déterminé, en date du 21 mai 2007, sur le courrier de la Dresse G., du 5 mai précédent, de la manière suivante:

- il est relevé que si les médecins de la Clinique ... ont posé le diagnostic de personnalité anankastique à traits obsessionnels, il n'existe toutefois aucune discussion à ce sujet dans leur rapport, contrairement à l'expertise qui expose pourquoi le diagnostic complet ne peut pas être retenu et en quoi les traits de personnalité anankastique ne sont pas incapacitants;

- la Dresse G. relève que l'expert n'a posé qu'un seul diagnostic. Or, une expertise psychiatrique est censée se centrer sur les aspects potentiellement limitatifs pour l'exercice de l'activité professionnelle. Ainsi, il va de soi que, sur le plan psychique, le tabagisme chronique et l'emphysème pulmonaire ne sont pas des éléments limitatifs pour l'activité professionnelle. Concernant la thyroïde de Hashimoto, cet aspect est relevé à la fin de l'anamnèse psychosociale et psychiatrique (p. 4). L'augmentation de l'appétit et la prise de poids sont mentionnées à la section "Plaintes et symptômes présentés par l'assurée" (p. 5) et sont reprises à la section "Appréciation du cas et pronostic" (p. 7). Cela étant, l'augmentation de l'appétit et la prise de poids constituent un des critères de la dépression (critères 7 de C.). Dans le rapport des Dresses I. et J.

figure le diagnostic de trouble alimentaire de type hyperphagie (F 50.8). Or, sous la rubrique F 50.8, la CIM-10 fait figurer "Autres troubles de l'alimentation". La mention (p. 2 du résumé du séjour) qu'"il n'existe (sic) une hyperphagie, la patiente se sentant rassurée seulement lorsqu'elle a l'estomac plein, avec une prise de poids relativement importante" ne suffit pas pour justifier le diagnostic séparé tel qu'il est coté sous F 50.8. L'augmentation de l'appétit et du poids est un symptôme de la dépression présentée par l'intéressée. Enfin, dans le même document figure également le diagnostic de trouble anxieux mixte (F 41.3). Sous ce code, la CIM-10 requiert la présence d'une anxiété généralisée avec des caractéristiques prononcées d'un autre trouble anxieux. Dans le rapport des Dresses I. et J., il n'apparaît pas que l'assurée présente une anxiété généralisée associée à des caractéristiques d'un autre trouble anxieux. Pour cette raison, ce diagnostic ne peut être retenu;

- dans son courrier du 5 mai 2007, la Dresse G. fait valoir le que les diagnostics, de par les symptômes qu'ils englobent, constituent des limitations dans l'exercice de l'activité professionnelle. Cet argument n'est pas recevable, dans la mesure où les signes et les symptômes d'un diagnostic particulier sont ou ne sont pas, selon leur nature et leur intensité, à l'origine d'une entrave pour la capacité de travail. L'objet d'une expertise est de discuter ces aspects en détail, ce qui a été effectué dans la section "Appréciation du cas et pronostic" et plus particulièrement s'agissant des traits de personnalité anankastique et de la dépression. En outre, la Dresse G. n'explique pas pour quelles raisons les symptômes des affections psychiatriques présentées par l'intéressée sont limitatifs pour l'exercice de l'activité professionnelle;

- la Dresse G. estime qu'une incapacité de travail est justifiée, faisant valoir que les traitements psychotropes auraient des incidences sur la cognition, la précision et la coordination des mouvements. Or, durant l'expertise, l'assurée a mentionné des plaintes qui ne se sont pas vérifiées lors des constatations objectives ("Status psychiatrique", p. 6);

- s'agissant de la thérapie, les éléments relevés par la Dresse G. ne sont pas pertinents car il ne s'agit pas de guérir l'assurée pour qu'elle puisse travailler, puisque, malgré l'affection actuelle, la capacité de travail est préservée. En outre, les traitements anxiolytiques non benzodiazépiniques (chlorprothixène, Truxal; lévomépromazine, Nozinan; buspirone, Buspar) peuvent être ajustés de manière à diminuer l'anxiété sans engendrer de somnolence. L'incidence sur l'attention, la vigilance et la concentration est dépendante de la posologie; l'assertion de la Dresse G. selon laquelle les médicaments psychotropes altèrent de manière systématique les facultés cognitives et la vigilance est ainsi contestée;

- quant au pronostic, la Dresse G. souligne qu'un effondrement de l'état de sa patiente peut intervenir à tout moment malgré le traitement, étant donné la fragilité de l'intéressée. Même si X.

a été hospitalisée à la Clinique ..., le diagnostic retenu est le même que celui qui figure dans l'expertise du 5 février 2007 ("Trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré avec symptomatologie somatique" [sic]), à la différence qu'il est formulé de manière incorrecte. Contrairement à ce qu'avance la Dresse G. l'intensité de la dépression était modérée lors de l'admission et légère à la sortie. En effet, selon les Dresses I. et J., le score à l'échelle de Hamilton était de 20 (18 à 25: dépression modérée) lors de l'admission et de 8 (8 à 17: dépression légère) à la sortie. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de parler d'un effondrement.

Le 12 juin 2007, A. a exposé à X. ce qui suit:

- l'incapacité de travail due à l'allergie de contact ne peut être prise en charge au titre de maladie professionnelle, cette affection n'étant pas mentionnée dans la liste de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA). En outre, X. a cessé son activité professionnelle au 31 décembre (recte: octobre) 2005 et n'a pas suivi de traitement médical. L'intéressée n'étant ainsi plus exposée à la substance allergène, une incapacité de travail ne pouvait pas résulter de cette affection;
- il est rappelé que, conformément à l'article 61 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), lors d'un sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage;
- en ce qui concerne la dépression, le Dr H. a expliqué les raisons pour lesquelles son avis différait de ceux de la Dresse G. et du Dr F. Conformément à la jurisprudence en la matière, il n'existe pas de motif de s'écarter des conclusions de l'expert;
- au vu de ce qui précède, X. ne peut être mise au bénéfice d'indemnités journalières, dès le 1^{er} octobre 2006.

B. Par demande du 18 juin 2008, X., agissant par l'intermédiaire de l'avocate Colette Lasserre Rouiller, a conclu, avec dépens, à ce que A. soit condamnée à lui verser l'entier des indemnités dues, du 1^{er} octobre 2006 au 30 septembre 2007, soit la somme de 150'000 fr., avec 5% d'intérêt l'an dès le 1^{er} octobre 2006.

Pour l'essentiel, la demanderesse fait valoir que l'expertise réalisée par le Dr H. est entachée de plusieurs erreurs et est remise en cause par les Drs G., F., I. et J.; que la défenderesse a versé des indemnités journalières à la demanderesse du 1^{er} octobre 2005 au 30 septembre 2006, soit pendant 365 jours; que, conformément au contrat d'assurance, lequel prévoit le versement de prestations durant 730 jours, la défenderesse est encore tenue de verser des prestations pendant 365 jours, soit 150'000 fr. correspondant au salaire annuel assuré, pour la période du 1^{er} octobre 2006 au 30 septembre 2007.

Dans sa réponse du 25 août 2008, la défenderesse, agissant par l'intermédiaire de l'avocat Bernard Geller, a conclu au rejet de la demande, relevant ce qui suit:

- selon les certificats produits par la demanderesse, son incapacité de travail remonterait au 1^{er} septembre 2005. Pourtant, la première et unique "Déclaration de maladie" reçue par la défenderesse date du 30 juin 2006. Or, selon les conditions générales (CG) applicables, l'incapacité de gain doit être annoncée au moyen de la formule "avis de maladie" dans un délai de trente jours au plus tard après l'expiration du délai d'attente (art. d 2 CG). En cas d'annonce tardive de la maladie, l'assurance est suspendue jusqu'à ce que l'avis de maladie parvienne à la défenderesse et le délai d'attente est alors calculé à partir du jour de réception (art. d 2 CG). En l'espèce, en dépit de graves carences de la demanderesse relatives à son obligation d'annonce, la défenderesse a accepté de lui verser des indemnités journalières, rétroactivement, jusqu'au 30 septembre 2006;

le rapport d'expertise du Dr H. est complet. Il se fonde sur une anamnèse détaillée et tient compte de tous les avis médicaux antérieurs. Les plaintes subjectives sont soigneusement exposées. L'avis du Dr F., médecin généraliste et médecin traitant de l'assurée, ne saurait être déterminant dans ce contexte. Quant aux explications de la Dresse G., elles sont ambiguës, notamment lorsqu'elle propose "d'accepter la situation telle quelle, bien que particulière". En outre, le Dr H., dans son rapport du 21 mai 2007, répond de manière pertinente aux critiques émises à l'encontre de l'expertise qu'il a réalisée. Enfin, les médecins de la Clinique ... n'attestent d'aucune incapacité de travail. En outre, s'ils diagnostiquent, en avril 2007, un trouble dépressif récurrent, ils qualifient l'épisode examiné de modéré;

- selon les CG, dans le cas d'une incapacité de gain temporaire, les prestations d'indemnités journalières sont allouées uniquement lorsque la personne assurée est soumise à un traitement ou à un contrôle médical régulier. Or, la demanderesse ne produit aucun document relatif à sa prétendue incapacité de travail postérieure à la lettre de la Dresse G. du 5 mai 2007. En outre, depuis la "décision" du 12 février 2007, la défenderesse n'a plus reçu aucun certificat d'incapacité de travail, ni de rapport médical de la demanderesse;

- l'assurée fait état d'une incapacité de travail due à une allergie aux résines acryliques. Or, cette allergie ne peut avoir un impact sur la capacité de travail que dans l'activité de médecin-dentiste. La demanderesse ayant cessé son activité professionnelle au 31 octobre 2005, plus aucune incapacité de travail ne pouvait résulter de son problème allergique;

- selon les CG, toute personne assurée dont les rapports de travail ont cessé est tenue, 180 jours après le début de l'incapacité de gain dûment attestée par un médecin, d'accepter une autre activité en rapport avec sa formation et son statut professionnel (art. b 2/1). En outre, lorsque la personne assurée refuse de chercher une activité que l'on peut

raisonnablement attendre d'elle ou d'accepter une telle activité, son degré d'incapacité de gain est réévalué et l'indemnité journalière réduite en conséquence. En l'espèce, par courrier du 12 février 2007, la défenderesse a recommandé à la demanderesse, du fait qu'elle était sans emploi, de s'annoncer auprès de l'assurance-chômage. De même, le 12 juin 2007, la défenderesse a rappelé à la demanderesse son obligation de réduire le dommage. Par ailleurs, la défenderesse n'a jamais été renseignée sur un quelconque traitement médical entrepris par la demanderesse à ce sujet. Il semble au contraire que X. n'ait pas revu le Dr E. après le 7 octobre 2005.

Il n'y a pas eu un second échange d'écritures.

C. Une audience d'instruction a été tenue le 14 octobre 2008.

a) La demanderesse a déclaré ce qui suit:

- elle a interrompu son activité de dentiste en raison de troubles somatiques. Des troubles psychiques sont apparus par la suite;
- elle n'a pas pu bénéficier d'indemnités de chômage puisqu'elle était indépendante;
- née le 18 décembre 1945, elle touche depuis janvier 2008, une rente de vieillesse de l'AVS, anticipée de deux ans;
- une demande de prestations de l'assurance-invalidité est en cours;
- son état psychique n'a pas évolué. Elle consulte une fois par mois la Dresse G.

b) La représentante de la défenderesse, l'avocate Séverine Berger, a précisé que la valeur litigieuse se montait à 80% de 150'000 francs, soit 120'000 francs.

c) La demanderesse a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et a sollicité la tenue d'une audience d'instruction et de jugement, au cours de laquelle seraient entendus des témoins attestant de son état de santé en 2007.

d) La représentante de la défenderesse ne s'est pas opposée à ces mesures d'instruction.

D. Le 3 novembre 2008, la demanderesse a produit un courrier, du 13 octobre précédant, dans lequel la Dresse G. confirme suivre de manière régulière X., à raison d'un entretien par mois, depuis le 10 octobre 2006 et pour une durée indéterminée. La Dresse G. atteste également que les troubles présentés par l'intéressée ne se sont pas améliorés; que l'état de santé est stationnaire, de sorte qu'une incapacité de travail de 100% est toujours justifiée.

E. Lors de l'audience d'instruction et de jugement, tenue le 26 novembre 2008, plusieurs témoins ont été entendus.

a) Le Dr F. a déclaré, pour l'essentiel, ce qui suit:

- depuis environ une dizaine d'années, X. était dysthymique, c'est-à-dire qu'elle présentait un léger état dépressif;

- la pathologie des mains a déclenché la dépression, chez une personne qui était déjà cyclothymique. Il y avait ainsi deux pathologies invalidantes: l'eczéma des mains, qui a guéri puisque la demanderesse ne travaillait plus, d'une part, et, d'autre part, l'état dépressif, lequel est incapacitant dans toute activité, car il engendre notamment des troubles

de la concentration et des troubles cognitifs, les médicaments pour soigner ce type de pathologie entraînant en outre des effets secondaires;

- s'agissant de la capacité de travail de X., le Dr F. estime que les conclusions du Dr H. sont erronées, puisqu'un état dépressif empêche de travailler lorsque la profession exercée implique d'être en contact avec d'autres personnes;

- or, le Dr H. reconnaît que l'assurée présente une pathologie dépressive de degré moyen, mais le Dr F. a été surpris par les conclusions du Dr H., qu'il conteste. Le fait que l'intéressée ait dû être hospitalisée à la suite de l'expertise confirme que l'opinion du Dr H. est erronée;

- s'agissant du trouble psychique, le même état dépressif peut être un certain jour de degré moyen et, deux jours plus tard, beaucoup plus sévère. Or, un expert a toujours la possibilité de revoir la patiente, ce qui n'a pas été fait par le Dr H.;

- le caractère incapacitant de troubles psychiques modérés dépend de la profession exercée par la personne;

- il est confirmé que l'incapacité de travail de l'intéressée est totale. L'activité de dentiste ne pouvait plus être exercée d'abord en raison de l'eczéma des mains. Sur le seul plan somatique, la demanderesse était toutefois en mesure de s'adonner à une autre activité.

b) A la demande du conseil de la défenderesse, il a été précisé au procès-verbal – comme cela avait été relevé lors de l'audience d'instruction du 14 octobre 2008, mais non relaté dans le procès-verbal – que l'assurée n'a entrepris aucune démarche pour se reconvertir professionnellement, en raison de son état de santé.

c) Les parties ont confirmé leurs conclusions.

En droit:

1. a) Abstraction faite du régime transitoire de l'article 102 alinéa 2 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), qui n'est pas en cause ici, les assurances complémentaires sont soumises au droit privé, soit à la LCA, en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal.

Le Canton de Vaud a néanmoins confié au Tribunal des assurances le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (Décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RSV 173.431]), ce que ne contredit aucune norme de droit fédéral (ATF 125 III 461, JT 2000 I 124). La compétence du Tribunal des assurances pour toutes les assurances-maladie (complémentaires) relevant de la LCA a d'ailleurs été reconnue par l'autorité cantonale de recours supérieure (Ch. rec., S. P. c. S., 24 juin 1998, n° 257, in : JT 1999 III 106, cons. 4 et 5). Un recours en réforme interjeté contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la IIe Cour civile.

b) 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 al. 2 de la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance [LSA]; ATF 124 III 44, JT 1998 I 377; RAMA 1998, n° KV 35, p. 290; ATF 123 V 324, cons. 3a, RAMA 1998, n° KV 22, p. 49; Spira, Le nouveau régime de l'assurance complémentaire, in : Revue suisse d'assurances [RSA] 1995, pp. 192 ss., spéc. ch. 5; du même auteur, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, Sécurité sociale 1995, pp. 256 ss., spéc. p. 258; 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. pp. 685-687; Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle 1996, pp. 135 ss.; Ritter, Questions relatives aux assurances complémentaires à la LAMal, RSA 1995, pp. 209 ss., spéc. ch. 2 et 3).

c) En l'espèce, il est constant que le litige se rapporte aux assurances complémentaires souscrites par la demanderesse auprès de A.

Le tribunal de céans est donc compétent pour examiner ladite demande, cette dernière étant recevable.

2. Est litigieux le droit de la demanderesse au versement des indemnités pour la période du 1^{er} octobre 2006 au 30 septembre 2007.

3. 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, *Recueil de travaux*, op. cit., 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. 1^{er} LCA) 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 11 alinéa 1^{er}, première phrase, LCA, l'assureur est tenu de remettre au preneur d'assurance une police constatant les droits et les obligations des parties. Selon 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.

4. a) Selon l'article B 1 chiffre 1 CG, constitue une maladie toute atteinte involontaire à la santé constatée par un médecin et qui n'est pas la conséquence d'un accident ou de ses suites.

L'article B 2 chiffre 1 CG prévoit qu'il y a une incapacité de gain temporaire lorsque, 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. Toute personne assurée dont les rapports de travail ont cessé est tenue, 180 jours après le début de l'incapacité de gain dûment attestée par un médecin, d'accepter une autre activité en rapport avec sa formation et son statut professionnel. Lorsque la personne assurée refuse de chercher une activité qu'on peut raisonnablement attendre d'elle ou d'accepter une telle activité, son degré d'incapacité de gain est réévalué et l'indemnité journalière réduite en conséquence.

L'incapacité de gain est présumée permanente lorsque, à la suite d'une maladie, la personne assurée est incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle à raison d'au moins 25%, indépendamment de la profession et de la formation, et en tenant compte de l'ensemble du marché du travail (art. B 2 ch. 2 CG).

b) L'article C 1 chiffre 1 CG prévoit que l'indemnité journalière est payée pendant la durée de prestation mentionnée dans le contrat, mais au maximum jusqu'à l'âge de la retraite AVS.

5. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, la jurisprudence, applicable par analogie dans la présente espèce, considère comme déterminant 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 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 122 V 157 cons. 1c; ATF 125 V 351 cons. 3a; RAMA 2000 KV 124 p. 214; RAMA 2000 U 408 p. 407 cons. 1b).

L'avis de l'expert, respectivement du spécialiste, doit en principe être préféré à celui du médecin traitant en raison des rapports de confiance trop étroits qui lient ce dernier à son patient, lesquels peuvent nuire à l'appréciation objective de la situation. Le juge pèsera donc avec prudence l'opinion du médecin traitant, compte tenu de sa proximité avec son patient (ATF 125 V 351, spéc. cons. 3b/cc p. 353; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/cc).

6. En l'espèce, A., après avoir versé des indemnités journalières du 1^{er} octobre 2005 au 30 septembre 2006, a mis un terme au versement des prestations. Elle considère, d'une part, que l'allergie aux résines n'était pas susceptible d'engendrer une incapacité de travail, puisque la demanderesse avait fermé son cabinet dentaire, et, d'autre part, qu'elle ne présentait pas de troubles psychiatriques diminuant sa capacité de travail.

La demanderesse fait toutefois valoir que l'expertise réalisée par le Dr H. est entachée d'erreurs, de sorte que le droit au versement d'indemnités journalières, du 1^{er} octobre 2006 au 30 septembre 2007, doit lui être reconnu.

7. L'assurée présente des atteintes à sa santé tant sur le plan somatique que du point de vue psychiatrique. Sa capacité de travail résiduelle doit être appréciée dans ces deux domaines.

a) Sur le plan somatique, il n'est pas contesté que l'intéressée présente une allergie aux résines l'empêchant d'exercer le métier de médecin-dentiste. La demanderesse a toutefois fermé définitivement son cabinet dentaire le 31 octobre 2005. Depuis lors, elle n'est plus en contact avec des substances allergènes, de sorte qu'aucune incapacité de travail

ne peut être reconnue, pour la période du 1^{er} octobre 2006 au 30 septembre 2007.

En outre, conformément à l'article B 2 chiffre 1 CG, la demanderesse était tenue de rechercher une autre activité en rapport avec sa formation et son statut professionnel, 180 jours après le début de l'incapacité de travail. Dite incapacité ayant débuté le 1^{er} septembre 2005 et la demanderesse n'ayant entrepris aucune démarche pour se reconvertir professionnellement, aucune incapacité de travail ne peut être reconnue du 1^{er} octobre 2006 au 30 septembre 2007.

b) aa) Du point de vue psychiatrique, le Dr H. a estimé que l'assurée ne présentait aucun trouble susceptible de réduire sa capacité de travail. Il a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F 33.10), les éléments constitutifs étant insuffisamment marqués pour être limitatifs dans l'exercice de l'activité professionnelle. Il considère, contrairement à la Dresse G., que même si la demanderesse présente des traits de personnalité anankastique, il n'y a pas d'éléments suffisants pour poser le diagnostic de trouble de la personnalité. L'expert estime ainsi que, dans la mesure où la symptomatologie demeure identique, une incapacité de travail n'est pas justifiée.

Pour la Dresse G., l'assurée présente un syndrome de burn-out (Z73C), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F 33.2), une personnalité anankastique (F 60.5), des troubles mentaux et des troubles du comportement, liés à l'utilisation du tabac, justifiant une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée.

Les Dresses I. et J. ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré avec symptomatologie somatique, de personnalité anankastique à traits obsessionnels, de trouble anxieux mixte (F 41.3), de trouble alimentaire de type hyperphagie

(F 50.8), d'hypothyroïdie traitée (sur thyroïdite de Hashimoto), d'emphysème pulmonaire et de tabagisme chronique.

Quant au Dr F., il estime que l'assurée présente un état dépressif et un burn-out, justifiant une incapacité de travail totale.

bb) Les constatations du Dr H. – auxquelles l'autorité de céans confère pleine valeur probante – reposent sur un examen approfondi de la demanderesse et prennent en compte l'entier des plaintes et de la symptomatologie psychiatrique de l'intéressée. Les conclusions sont particulièrement claires et bien motivées – notamment lorsqu'il expose les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'avis des Dresses G., I. et J., ainsi que du Dr F. –, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

L'avis de la Dresse G. n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions du Dr H., lequel a répondu de manière convaincante et précise aux critiques émises par la psychiatre traitante à l'encontre de l'expertise. En outre, dans la mesure où la Dresse G. s'exprime en qualité de médecin traitant et est ainsi enclin à être plus favorable envers sa patiente, il y a lieu de préférer l'opinion du Dr H. (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc).

S'agissant du rapport des Dresses I. et J., il convient de relever qu'elles ne sont pas déterminées sur la capacité de travail résiduelle de la demanderesse, de sorte que leurs conclusions ne sauraient prévaloir sur celles de l'expert.

Quant au Dr F., dans la mesure où il ne possède pas de spécialisation en psychiatrie et qu'il s'exprime en qualité de médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc), son avis ne saurait remettre en cause les conclusions du Dr H.

cc) L'autorité de céans considère ainsi que, du point de vue psychiatrique, la capacité de travail de la demanderesse était entière dans toute activité, durant la période du 1^{er} octobre 2006 au 30 septembre 2007.

8. Le dossier de la demanderesse était suffisamment complet pour permettre à la cour de céans de trancher le présent litige.

La requête de mise en œuvre d'une expertise, telle que formulée en procédure par la demanderesse, ne se justifie dès lors pas.

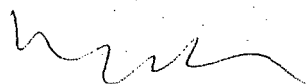
Dite requête doit ainsi être rejetée.

9. Il s'ensuit que la demande doit être rejetée.

**Par ces motifs,
Le Tribunal des assurances
prononce :**

La demande est rejetée.

Le président :



Le greffier :



Du 23 MARS 2009

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).

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME À L'ORIGINAL
Le greffier:



Le greffier :

R. Krauer