

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/671/2009

ATAS/233/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 9 mars 2010

En la cause

Madame I _____, domiciliée à VERNIER, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Marlène PALLY

demanderesse

contre

MUTUEL ASSURANCES, sise rue du Nord 5, 1920 MARTIGNY

défenderesse

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

EN FAIT

1. Madame I _____ (ci-après l'assurée), née en 1984, a travaillé pour X _____ AG (anciennement Y _____ SA) en qualité d'auxiliaire agent de nettoyage dès le 1^{er} novembre 2007. Elle était couverte par son employeur contre la perte de gain en cas de maladie auprès de MUTUEL ASSURANCES (ci-après l'assureur) par contrat d'assurance collective. Les attestations d'assurance 2008 et 2009 prévoyaient une indemnité journalière en cas de maladie couvrant le 80% du gain journalier après un délai d'attente de 60 jours.
2. L'assurée a été mise en arrêt de travail à 100% par la Dresse L _____, généraliste et médecin traitant, dès le 21 septembre 2008 pour cause de maladie. Dès le 14 octobre 2008, c'est la Dresse M _____, généraliste et nouveau médecin traitant, qui a attesté de l'arrêt de travail.
3. Par déclaration du 14 novembre 2008, l'employeur a informé l'assureur que l'assurée avait interrompu son activité en date du 21 septembre 2008.
4. Par rapport du 24 novembre 2008, la Dresse L _____ a retenu les diagnostics de lombalgie depuis le 12 septembre 2008 avec évolution en radiculalgies L5-S1 et en hypoesthésie L5-S1 à droite depuis le 18 septembre 2008. Il n'existait pas de déficit moteur. Elle a précisé que le travail physique en qualité de nettoyeuse d'avion n'était plus exigible et que le traitement médical était constitué d'antalgiques. Le médecin n'avait pas revu l'assurée depuis le 10 octobre 2008.
5. Dans un rapport du 4 décembre 2008, la Dresse M _____ a indiqué que l'assurée souffrait de cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervico-dorso-lombaire et sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann, d'état anxio-dépressif récurrent, de goitre, de tendinite aux épaules et d'hypotension orthostatique. Le médecin a noté que l'assurée était angoissée, triste et déprimée, mais bien orientée dans le temps et l'espace. Elle présentait une scoliose cervico-dorso-lombaire, une cyphose dorsale accentuée et des douleurs à la percussion au niveau de la colonne cervico-dorso-lombaire avec contracture de la musculature para-vertébrale des deux côtés. Les limitations concernaient le port de charges lourdes, notamment le port de l'aspirateur sur le dos, les travaux lourds et les activités à responsabilité. L'incapacité de travail était totale dès le 14 octobre 2008. Le pronostic était bon.
6. Par courrier du 26 janvier 2009, l'employeur a mis fin aux rapports de travail avec l'assurée pour le 28 février 2009.
7. Le Dr N _____, spécialiste en médecine interne et cardiologie mandaté par l'assureur, a reçu l'assurée en date du 21 janvier 2009 et a rendu son rapport le jour suivant. Il a expliqué que les radiographies de la colonne montraient une

scoliose modérée à double courbure (connue depuis l'enfance), des segments cervicaux et lombaires et une ancienne maladie de Scheuermann de la colonne dorsale. Il n'y avait ni altération des corps vertébraux ni pincement inter-vertébral. Un canal étroit et une compression radiculaire étaient exclus par l'IRM de la colonne lombaire. Le médecin a déterminé que l'assurée présentait des lombalgies communes algiques depuis le 21 septembre 2008, sans signe objectif actuel, persistant malgré quatre mois de repos complet. Sa capacité de travail était entière le jour de l'examen. L'assurée devait éventuellement envisager, d'après lui, de changer d'activité lucrative, afin d'éviter le port d'un aspirateur dorsal.

8. Le 28 janvier 2009, l'assureur a informé l'assurée qu'il mettait un terme aux prestations d'indemnités journalières dès le 1^{er} février 2009, eu égard au rapport de son médecin-conseil, la jugeant apte à reprendre une activité lucrative à 100%.
9. Par acte du 27 février 2009, l'assurée, représentée par Me Marlène PALLY, a contesté la suppression des prestations au 1^{er} février 2009 auprès du Tribunal de céans, sollicitant préalablement, sa comparution personnelle ainsi que l'audition de la Dresse M_____ et, principalement, l'annulation de ladite décision et l'octroi d'indemnités journalières. Elle a soutenu qu'elle était en incapacité de travail durable en raison de douleurs dorsales, ce que son médecin traitant attestait. Elle a notamment joint à son écriture un rapport du 27 février 2009 de la Dresse M_____, laquelle a posé les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervico-dorso-lombaire sur protrusion discale L4-L5 et sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann, de tendinopathie aux épaules, d'état anxio-dépressif récurrent, de goitre et de vertiges sur hypotension orthostatique. Elle a précisé que l'assurée persistait à se plaindre d'importantes douleurs au niveau de tout le rachis cervico-dorso-lombaire accompagnées de blocages au niveau dorso-lombaire l'handicapant quotidiennement et a noté que, sur le plan psychique, l'assurée était très angoissée et déprimée. D'après le médecin, elle ne pouvait pas reprendre actuellement une activité et nécessitait une prise en charge psychiatrique.
10. Par décision du 5 février 2009, l'assurée a été mise au bénéfice de l'assistance juridique.
11. Par réponse du 30 mars 2009, l'assureur a conclu au rejet de la demande de l'assurée et à la confirmation de sa prise de position. Il s'est fondé sur les rapports des Drs L_____ et N_____ pour retenir que les lombalgies dont souffrait l'assurée n'avaient pas de répercussion sur sa capacité de travail et que celle-ci présentait une entière capacité de travail, étant précisé que le traitement médicamenteux était uniquement composé d'antalgiques, que les séances de physiothérapie n'avaient pas eu de résultats significatifs et qu'aucun traitement spécifique ne lui avait été administré pour ses problèmes lombaires. A titre subsidiaire, l'assureur a signalé que si des limitations devaient persister au niveau

de la capacité de travail de l'assurée, ce ne serait qu'en relation avec l'accomplissement de tâches pénibles, soit le port de charges lourdes, ce qui ressortait des rapports des trois médecins ayant reçu l'assurée. Elle présentait ainsi une capacité de travail entière dans une profession adaptée et même éventuellement dans le cadre de son activité précédente, en évitant l'exécution de certaines tâches. L'assureur a notamment produit les conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LCA applicables aux sociétés membres du Groupe Mutuel ainsi que les attestations d'assurances 2008 et 2009 concernant l'indemnité journalière LCA.

12. En date du 9 juin 2009 s'est tenue une audience d'enquêtes, lors de laquelle la Dresse M_____ a été entendue. Celle-ci a déclaré

« je confirme les diagnostics que j'ai posés ainsi que l'incapacité totale de travailler depuis ma première consultation. Depuis le 16 mars 2009, en revanche, je considère que ma patiente a retrouvé une capacité de travail de 50% dans une activité plus légère, dans laquelle il n'y aurait pas de port de charges lourdes ni de position accroupie. Le pronostic est bon. Ma patiente fait preuve de bonne volonté. Je suis certaine qu'elle pourra reprendre une activité à plein temps dans un proche avenir aussitôt que son état se sera stabilisé, mais toujours dans une activité plus légère.

Il m'est donné connaissance des conclusions du Dr N_____ du 21 janvier 2009. S'agissant des séances de physiothérapie, je confirme qu'il n'y en a eu que 14, mais précise que ces séances lui causaient d'importantes douleurs au point qu'il a fallu les interrompre. J'ai effectué des radios simples de la colonne cervico-dorso-lombaire. Ces radios sont nécessaires et complètent l'examen clinique. Je dois dire que ma patiente présente la colonne d'une personne âgée d'environ 65-70 ans. Il n'y a effectivement aucun signe de compression radiculaire. Pour fixer l'incapacité de travail à 100%, j'ai tenu compte de l'ensemble de son état, particulièrement de son état dépressif récurrent, pour lequel elle a été en traitement en 2006-2007. J'ai insisté pour qu'elle consulte un médecin psychiatre, ce qu'elle fait actuellement.

Nous sommes quelque peu limités dans la prescription des médicaments, dans la mesure où la patiente a souffert d'un ulcère gastroduodéal six ans auparavant. Elle suit une psychothérapie mais sans prescription d'antidépresseurs.

Mon attention est attirée sur le fait que le dernier certificat figurant sous pièce 4 chargé Groupe Mutuel date du 19 janvier 2009. Manquent dès lors ceux des 16 février et 12 (ou 16) mars 2009.

Je vais vous communiquer les certificats manquants et vous apporterai une explication quant au certificat daté du 9 avril 2009 et faisant état d'une reprise de travail dès le 16 mars 2009 (document produit ce jour).

Les pathologies principales ayant une répercussion sur la capacité de travail sont les cervico-dorso-lombalgies et l'état anxio-dépressif. »

Suite à l'audition de son médecin, l'assurée a expliqué au Tribunal de céans qu'elle était inscrite au chômage à 50%, qu'elle avait changé de médecin traitant, la Dresse L _____ refusant d'investiguer sérieusement sur ses problèmes dorsaux, que le Dr O _____, chez qui la Dresse M _____ l'avait envoyée, avait confirmé les diagnostics retenus, et enfin, qu'elle avait continué à transmettre les certificats médicaux à son employeur, mais qu'il les lui avait retournés dès son licenciement.

13. Par courrier du 10 juin 2009, la Dresse M _____ a fait parvenir au Tribunal de céans tous les certificats médicaux qu'elle avait établis. Il sera noté que les certificats des 12 mars, 9 avril et 20 mai 2009 attestaient tous les trois que l'assurée présentait un arrêt de travail à 100% dès le 12 mars 2009, qu'une reprise à 50% était possible dès le 16 mars 2009, mais qu'une reprise totale devait être réévaluée selon l'évolution clinique.
14. Le 11 juin 2009, l'assurée a également produit ces mêmes certificats médicaux et a expliqué qu'elle « avait un arrêt de travail à 100% dès le 12 mars 2009, date de la dernière consultation avant de pouvoir être mise le 16 mars 2009 à 50% en reprise de travail. C'est la raison pour laquelle les attestations des 9 avril et 20 mai reprennent ces constatations. » L'assurée devait revoir son médecin le 17 juin 2009.
15. Par acte du 15 juillet 2009, l'assureur a tout d'abord estimé que les certificats d'incapacité de travail produits par l'assurée étaient tardifs au sens de l'art. 12 al. 14 des conditions générales d'assurance, ceux-ci devant être remis à l'assureur une fois par mois. Il a également allégué que les certificats n'avaient vraisemblablement été établis que pour les besoins de la cause, attendu qu'ils n'avaient été produits que suite à son refus de verser des prestations. De plus, les certificats de la Dresse M _____ des mois de mars, avril et mai 2009 ne présentaient pas la même systématique que les précédents et ne pouvaient pas attester d'une incapacité de travail antérieure, mais devaient faire part d'une incapacité de travail pour le futur. L'assureur s'est également interrogé sur le fait que ce médecin avait eu de la peine, lors de l'audience d'enquêtes, à expliciter les dates figurant dans ses propres certificats. Par ailleurs, il a maintenu qu'il y avait lieu de suivre les conclusions du Dr N _____, de sorte que l'assurée présentait une entière capacité de travail dès le mois de janvier 2009, si ce n'est dans sa profession en excluant le port de charges lourdes, en tous les cas dans une profession adaptée. Il a également soutenu que tous les médecins avaient constaté la présence de lombalgies communes sans compression radiculaires et que, d'après la Dresse M _____, cette affection aurait justifié une incapacité de travail de plusieurs mois, sans toutefois qu'il n'y ait de suivi spécifique ou de résultat de la prise en charge. Enfin, le médecin traitant n'avait pas expliqué pour quelles raisons

l'état de santé de l'assurée s'était soudain amélioré dans une mesure lui permettant de reprendre une activité à temps partiel et elle était le seul médecin à avoir considéré que l'assurée présentait un état dépressif, état dépressif que celle-ci n'avait pas détaillé dans le cadre de sa demande.

16. Sur requête du Tribunal de céans, le Dr O_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué, en date du 1^{er} octobre 2009, qu'il avait vu l'assurée le 18 décembre 2008 et le 16 janvier 2009 et a retenu une exacerbation des dorso-lombalgies chroniques et des cervicalgies subaiguës dans le contexte d'une discrète scoliose cervicale à convexité gauche, d'une scoliose dorsale à convexité droite et de discrètes scolioses lombaires à convexité gauche. Les cervicalgies et dorso-lombalgies pouvaient être aggravées par des activités nécessitant des ports de charges et des mouvements répétitifs de la colonne, comme par exemple dans une activité de nettoyage. D'après le médecin, les lésions de l'assurée n'étaient pas sévères, de sorte qu'elles pouvaient être responsables d'une diminution de la capacité de travail durant quelques semaines par année, mais pas d'une diminution prolongée de la capacité de travail.
17. Par courrier du 6 décembre 2009, le Dr P_____, médecin interne au Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), a informé le Tribunal de céans que l'assurée avait débuté un suivi auprès de sa Consultation en mars 2009, mais qu'elle n'avait été vue qu'à trois reprises. Actuellement, elle souffrait probablement, d'après lui, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. En mars 2009 avaient été observées une symptomatologie anxio-dépressive se manifestant sous forme de troubles du sommeil, une hyperphagie, des ruminations anxieuses, une agoraphobie et une tristesse importante, symptomatologie incompatible avec une activité professionnelle. En avril 2009, une légère amélioration thymique était relevée. En octobre 2009, l'assurée se plaignait surtout de douleurs physiques qui affectaient son moral. D'après le médecin, elle n'était pas en mesure actuellement de reprendre une activité lucrative. Il a préconisé une prise en charge tant somatique que psychique, afin qu'elle puisse retrouver une capacité de travail.
18. Par courrier du 19 janvier 2010, l'assurée a estimé qu'il y avait lieu de tenir compte des observations du Dr P_____, lequel devait éventuellement être auditionné.
19. Le 25 janvier 2010, l'assureur a conclu au maintien de sa prise de position initiale. Il a soutenu qu'il n'y avait pas lieu de retenir une incapacité de travail en relation avec les troubles psychiques de l'assurée, attendu que le Dr P_____ n'avait vu l'assurée qu'à trois reprises en dix mois, qu'aucun suivi médical sérieux n'avait ainsi été prodigué et qu'aucune atteinte psychiatrique telle que celle retenue par ce médecin n'avait été signalée auparavant. En ce qui concernait l'aspect somatique, l'assureur a souligné que les conclusions du Dr O_____

étaient similaires à celles du Dr N_____. Enfin, il a également déclaré qu'aucun certificat médical ne lui avait été transmis suite à l'audience du mois de juin 2009, de sorte qu'il se réservait le droit de refuser tout certificat transmis hors délai.

20. Suite à la transmission de ces deux derniers courriers en date du 28 janvier 2010, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. En vertu de l'art. 29 des Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LCA du Groupe MUTUEL (ci-après conditions générales d'assurance) applicables aux relations entre l'assurée et l'assureur, le preneur d'assurance peut choisir les tribunaux de son domicile en cas de contestation. Cette élection de for est admissible en vertu de l'art. 9 de la loi fédérale sur les fors en matière civile, du 24 mars 2000 (Loi sur les fors, LFors ; RS 272) par renvoi de l'art. 46a de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA ; 221.229.1).

De plus, conformément à l'art. 56V al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant des contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), relevant de la LCA.

Le Tribunal des assurances sociales est ainsi saisi de l'ensemble du contentieux en matière d'assurances complémentaires privées, tant dans le domaine de l'assurance-maladie que dans celui de l'assurance-accidents. Le Tribunal des conflits a par ailleurs expressément constaté la compétence du Tribunal de céans en matière d'assurances d'indemnités journalières soumises à la loi fédérale sur le contrat d'assurances du 2 avril 1908 (LCA ; cf. ACOM/42/2006 du 13 juin 2006 et ACOM/55/2005 du 26 août 2005).

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

2. A titre préalable, le Tribunal fédéral a rappelé dans un arrêt 5P.146/1999 du 13 janvier 2000 que les litiges relatifs à l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie obligatoire sont régis par la loi sur le contrat d'assurance (art. 12 al. 2 et 3 LAMal). En cette matière, l'assureur n'a pas de compétence décisionnelle (...); il ne peut prendre de décision sujette à recours, à l'instar de ce qui se fait dans

l'assurance-maladie obligatoire. L'assuré peut faire valoir ses droits en ouvrant directement une action contre l'assureur devant l'autorité compétente en vertu du droit cantonal (ancien art. 47 al. 1 de la loi fédérale du 23 juin 1978 sur la surveillance des institutions d'assurance privées, art. 85 al. 1 nLSA (LSA; RS 961.01); A. Maurer, *Das neue Krankenversicherungsrecht*, p. 131 et 136; Viret, *Le contentieux en matière d'assurance-maladie selon le nouveau droit*, RJJ 1996, p. 191 ss, spéc. p. 199). Celle-ci est une autorité de première instance (Viret, *op. cit.*, p. 199) qui doit instruire l'action de l'assuré, en respectant les règles minimales de procédure prévues à l'art. 47 al. 2 et 3 aLSA (art. 85 al. 2 et 3 nLSA). Elle doit ainsi établir d'office les faits et apprécier librement les preuves (al. 2). Pour le surplus, elle doit se conformer au droit cantonal applicable, qui doit toutefois prévoir une procédure simple et rapide (al. 2), et statuer, en principe, sans frais (al. 3).

En l'espèce, au vu de ce qui précède, le recours de l'assurée sera traité comme une demande en paiement.

3. Les prescriptions de forme prévues à l'art. 89B de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA ; E 5 10) étant remplies, ladite demande, déposée auprès du Tribunal de céans, est recevable.
4. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). La LCA a subi des modifications par la nouvelle du 17 décembre 2004 (FF 2003 3353) ayant entraîné des modifications de la LCA en vigueur dès le 1^{er} janvier 2006, respectivement dès le 1^{er} janvier 2007, de sorte qu'il y a lieu de les prendre en considération en l'espèce.
5. Est seule litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'assurée a droit à des indemnités journalières s'étendant au-delà du 31 janvier 2009, singulièrement si elle présente dès lors encore une incapacité de travail lui ouvrant le droit à des prestations.
6. Selon l'art. 46 al. 1 LCA, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation.

La demande ayant été déposée en l'espèce le 27 février 2009 pour des prestations à compter du 1^{er} février 2009, l'a été en temps utile.

7. Aux termes des conditions générales d'assurance (ci-après CGA) qui lient les parties, l'atteinte à la santé englobe les cas de maladie et d'accident. Est réputée incapacité de travail toute perte totale ou partielle de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui

peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 3 CGA).

La couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré lorsqu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés, et à la résiliation ou à la suppression du contrat (art. 10 ch. 2 let. a et b CGA).

L'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25% (art. 12 ch. 1 CGA).

L'indemnité journalière due est versée pour chaque jour d'incapacité de travail (dimanche et jours fériés y compris). L'indemnisation de l'incapacité de travail ne pourra avoir lieu qu'à réception d'un certificat intermédiaire ou final (reprise du travail). Le certificat intermédiaire doit être remis à l'assureur une fois par mois. Lors de la réception d'un certificat médical intermédiaire, l'assureur n'indemniserait l'assuré que jusqu'à la date de l'établissement du certificat attesté par le praticien ou au plus jusqu'à la fin du mois en cours. L'indemnité journalière assurée est octroyée dès l'expiration du délai d'attente choisi (art. 12 ch. 12, 14 et 15 CGA).

D'après l'attestation d'assurance 2008 et 2009, l'assurée a droit aux indemnités journalières, soit à 80% de son salaire, après un délai d'attente de 60 jours.

8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, *in* : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la

valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

En matière d'assurance indemnités journalières maladie soumise à la LCA, le Tribunal de céans s'est écarté à plusieurs reprises des rapports médicaux de médecins mis en œuvre par un assureur. Tel a notamment été le cas lorsque les conclusions du médecin mandaté par l'assurance divergeaient de toutes les appréciations concordantes effectuées par d'autres médecins (ATAS/1049/2004 du 13 décembre 2004) ou lorsque le médecin mandaté par l'assurance n'avait pu poser de diagnostic et que ses conclusions sur la capacité de travail avaient varié au gré des courriers adressés par les médecins de l'assuré (ATAS/143/2006 du 14 février 2006).

En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Enfin, si le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

9. a) D'un point de vue somatique, le médecin mandaté par l'assureur, le Dr N_____, spécialiste en médecine interne, a retenu, lors de son examen du 21 janvier 2009, que l'assurée présentait des lombalgies communes algiques depuis le 21 septembre 2008, sans signe objectif actuel, persistant malgré quatre mois de repos complet. Il a relevé que les radiographies de la colonne montraient une scoliose modérée à double courbure (connue depuis l'enfance), des segments cervicaux et lombaires et une ancienne maladie de Scheuermann de la colonne dorsale. Il n'y avait ni altération des corps vertébraux ni pincement intervertébral. Un canal étroit et une compression radiculaire étaient également exclus par l'IRM. Il a ainsi conclu que l'assurée présentait une entière capacité de travail, tout en précisant qu'elle devait éventuellement envisager de changer d'activité lucrative, afin d'éviter le port d'un aspirateur dorsal.

Il y a lieu de constater que le rapport du Dr N_____ est fondé sur une courte anamnèse de l'assurée, sur son dossier et ses radiographies. De plus, il a exposé ses constatations objectives et a conclu de manière claire, de sorte qu'il y a lieu de reconnaître valeur probante à ce rapport au sens où l'entend la jurisprudence.

b) Le contenu de ce rapport a, qui plus est, été largement confirmé par le rhumatologue de l'assurée, le Dr O_____, lequel a expliqué au Tribunal de céans que, lors des consultations de décembre 2008 et janvier 2009, elle présentait une exacerbation des dorso-lombalgies chroniques et des cervicalgies subaiguës dans un contexte de discrète scoliose cervicale à convexité gauche, de scoliose dorsale à convexité droite et de discrètes scolioses lombaires à convexité gauche. D'après le médecin, ces lésions n'étaient pas sévères, de sorte qu'elles pouvaient certes être responsables d'une diminution de la capacité de travail durant quelques semaines par année, mais qu'il n'existait pas de diminution prolongée de la capacité de travail. Les cervicalgies et dorso-lombalgies pouvaient être aggravées par des activités nécessitant des ports de charges et des mouvements répétitifs de la colonne, comme par exemple une activité de nettoyage.

Au vu des rapports des Drs O_____ et N_____, une incapacité de longue durée allant au-delà du 21 janvier 2008 ne peut être retenue. Les rapports et les déclarations de la Dresse Q_____, laquelle est généraliste et médecin traitant de l'assurée, ne sauraient remettre en cause les conclusions de ces spécialistes, qui convainquent le Tribunal de céans.

Il doit ainsi être considéré que l'assurée présentait une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses atteintes somatiques dès l'examen du Dr N_____ du 21 janvier 2009.

10. a) Reste toutefois à examiner la répercussion des troubles psychiques de l'assurée sur sa capacité de travail.

b) Dans son rapport du 28 novembre 2008, la Dresse L _____, ancien médecin traitant de l'assurée, a uniquement retenu des troubles somatiques liées aux lombalgies et n'a pas fait état de troubles psychiques.

Quant à la Dresse M _____, nouveau médecin traitant, elle a posé, en date du 4 décembre 2008, le diagnostic d'état anxio-dépressif récurrent et a attesté que l'assurée se plaignait d'hallucinations auditives, d'angoisse et de troubles du sommeil. Les limitations fonctionnelles concernaient uniquement les problèmes somatiques de l'assurée ainsi que les travaux à responsabilité. Lors de l'audience d'enquêtes du 9 juin 2009, elle a confirmé son rapport et déclaré que pour fixer l'incapacité de travail de 100% de l'assurée, elle avait tenu compte de son état dépressif récurrent pour lequel elle avait été en traitement durant les années 2006 et 2007. Elle a précisé que l'assurée consultait un médecin psychiatre mais qu'elle ne prenait pas d'antidépresseurs.

Il sied de constater qu'une incapacité de travail entre les mois de septembre 2008 et de janvier 2009 ne saurait résulter des rapports des médecins traitants, attendu que d'une part, la Dresse L _____ n'a pas attesté de troubles psychiques et que, d'autre part, la Dresse M _____ a retenu une incapacité de travail en relation avec des troubles psychiques datant de 2006 et 2007.

c) Par ailleurs, le Tribunal de céans a également questionné le Dr P _____, psychiatre, sur l'état de santé psychique de l'assurée. Celui-ci a expliqué, le 6 décembre 2009, qu'il suivait l'assurée depuis mars 2009, mais qu'il ne l'avait rencontrée que trois fois depuis lors. D'après lui, elle souffrait probablement d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. En mars 2009, il a observé une symptomatologie anxio-dépressive se manifestant sous forme de troubles du sommeil, une hyperphagie, des ruminations anxieuses, une agoraphobie et une tristesse importante, symptomatologie incompatible avec une activité professionnelle. En avril 2009, une légère amélioration thymique était relevée. En octobre 2009, l'assurée se plaignait surtout de douleurs physiques qui affecteraient son moral. Elle n'était pas en mesure, d'après lui, de reprendre une activité lucrative. Il a préconisé une prise en charge tant somatique que psychique, afin qu'elle puisse retrouver une capacité de travail.

Il y a lieu de remarquer que le Dr P _____ atteste, en décembre 2009, que l'assurée était en totale incapacité de travail, alors même qu'il ne l'a vue qu'à trois reprises depuis le mois de mars 2009, que celle-ci ne prend aucune médication antidépressive et qu'elle se plaint principalement de douleurs dorsales. En outre, le médecin pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans toutefois en être certain et n'a pas exposé quelles étaient les conséquences de l'amélioration thymique en avril 2009 sur ce diagnostic et sa capacité de travail. Enfin, on ne comprend pas les raisons qui ont permis au médecin de déterminer que l'assurée n'était pas en mesure d'exercer une activité

lucrative dès le mois de mars 2009. Les éléments ressortant de ce rapport ne permettent ainsi pas de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence, que l'assurée présentait une incapacité de travail en relation avec ses troubles psychiques.

Eu égard aux rapports des Drs P_____, M_____ et L_____, le Tribunal de céans considère que l'assurée n'a pas présenté, en 2008 ou en 2009, d'incapacité de travail due à ses troubles psychiques.

Enfin, il peut encore être relevé que l'état de santé de l'assurée a été suffisamment investigué et que l'audition du Dr P_____ ne se justifie pas.

11. Par conséquent, c'est à juste titre que l'assureur a mis fin au 31 janvier 2009 aux indemnités journalières de l'assurée.
12. Au demeurant, l'assurée a débuté son « suivi » psychiatrique en mars 2009, soit postérieurement à la période pendant laquelle elle a présenté une capacité de travail réduite en raison de ses problèmes somatiques et après la fin des relations de travail avec son employeur, lesquelles se sont terminées le 28 février 2009. Dès lors que la couverture d'assurance cesse pour chaque assuré à partir du moment où celui-ci cesse d'appartenir au cercle des assurés (art. 12 al. 2 let. a des conditions générales d'assurance) et qu'il ne ressort pas du dossier que l'assurée a passé à l'assurance-individuelle (art. 11 des conditions générales d'assurance), celle-ci n'était plus assurée auprès de l'assureur dès le 1^{er} mars 2009. Par conséquent, l'assurée n'avait, en tout état de cause, pas droit à des indemnités perte de gain de la part de l'assureur postérieurement au 28 février 2009.
13. La demande de l'assurée doit ainsi être rejetée.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste :

Diane E. KAISER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le